



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO
DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA.
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA-VENEZUELA**

Autora:

Moraima Auxiliadora Peña Ruiz

Madrid, Junio 2012



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE LA
FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA.
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA-VENEZUELA**

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del
grado de Doctora en Patología Existencial e Intervención en Crisis)

Autora: Moraima Auxiliadora Peña Ruiz

Directora: Dra. María del Carmen Sellán Soto

Tutor: Dr. José María Poveda de Agustín

Madrid, Junio 2012



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

MARÍA DEL CARMEN SELLÁN SOTO, Profesora de la Escuela de Enfermería. Vicedecana de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

CERTIFICO

Que **Doña Moraima Auxiliadora Peña Ruiz**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo: **“AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA-VENEZUELA”**. Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Junio 2012

DEDICATORIA

A Juan que con su amor, apoyo y comprensión
me anima cada día a seguir adelante.

A Melany y Alberto razón de mi existencia, los amo,
que este logro sirva de ejemplo en sus vidas.

A Jessika y Jessenia gracias por ser parte de mi vida.

A mis hermanas(o) que con su amor
siempre me han apoyado.

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, por ser la fuente divina que inspiró, a través de su infinito amor la realización de la presente investigación. Es él quien nos ha dado la vida y la capacidad para afrontar retos personales y profesionales que fortalecen nuestro espíritu.

A la Universidad de los Andes por la oportunidad que me ha dado.

A la Universidad Autónoma de Madrid que me abrió sus puertas. A los profesores José María y Jesús Poveda por su constante apoyo.

A la Dra. Carmen Sellán por sus sabios, valiosos y oportunos aportes en la dirección de esta investigación.

A todos los integrantes de la Escuela de Enfermería, especialmente a los estudiantes por participar de manera voluntaria en este estudio.

A mis compañeros de doctorado Y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron al desarrollo de este trabajo.

“El Humanismo, es una corriente filosófica y psicológica en la cual se considera esencial conocer y valorar todas las dimensiones de la persona. Las personas individualmente o en grupo comparten un poder creativo, tienen un propósito para su existencia, poseen un holismo intrínseco, buscan mantener la integridad y se dan cuenta de la Necesidad de establecer relaciones con los demás”

Callista Roy (1999)

RESUMEN

La Salud Mental, es la capacidad que tienen las personas, para interactuar de manera armónica con el medio ambiente; y permite al ser humano confrontar las tensiones de la vida diaria, realizar mejor sus actividades, y tener mejores relaciones interpersonales. La presente investigación tuvo como objetivo evaluar las estrategias de afrontamiento y la salud mental de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA). Es un estudio de campo, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 156 estudiantes ubicados en el I, V y X semestre de la carrera. La recolección de la información, se realizó a través de la técnica de la encuesta, utilizando dos instrumentos previamente validados: 1) El Inventario de Estrategias de Afrontamiento en la adaptación para la población español por Cano, Rodríguez y García, 2006; y 2) La encuesta sobre el estudio de salud mental de Pastor y Aldeguer, que incluye el test de Goldberg (GHQ-28 plus). Del total de estudiantes investigados el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino, y el promedio de edad se ubica entre 21 y 24 años. Los resultados obtenidos demuestran que un 20%, fueron considerados positivos ya que puntuaron GHQ-28 >5, distribuidos de manera uniforme en los tres semestres. Percibiendo síntomas de ansiedad e insomnio y síntomas somáticos. Algunos estudiantes han considerado la necesidad de utilizar ayuda psicológica, algunos factores negativos como el cambio de domicilio y la presión de los exámenes inciden en la calidad de vida, los estudiantes perciben un consumo esporádico de tabaco y alcohol. Los estudiantes han desarrollado estrategias de afrontamiento activo para la resolución de sus problemas, con un *logro significativo de apoyo social*, sin embargo los estudiantes de nuevo ingreso prefieren evitar los problemas.

Descriptores: Estrategias de Afrontamiento, Salud Mental, Estudiantes de Enfermería.

ABSTRACT

Mental Health is the ability of people to interact harmoniously with the environment, and allows human beings to confront the tensions of daily life, make their activities better and have better relationships. This study aimed to assess coping strategies and mental health nursing students from the Universidad de Los Andes (ULA). It is a field study, descriptive, quantitative, cross-sectional. The sample consisted of 156 students located in the I, V and X half of the race. The data collection was performed using the survey technique, using two previously validated instruments: 1) The Inventory of Coping Strategies in the Spanish population adaptation by Cano, Rodriguez and Garcia, 2006 and 2) survey on mental health study Pastor and Aldeguer, including test Goldberg (GHQ-28 plus). Of all students surveyed the highest percentage female, and the average age is between 21 and 24. The results obtained show that 20% were considered positive as GHQ-28 scored > 5, uniformly distributed in the three semesters. Noting symptoms of anxiety, insomnia and somatic symptoms. Some students have considered the need for psychological help, and are present negative factors affecting the quality of life also showed the presence of some moderate adverse health habits such as snuff and alcohol consumption. As for the coping strategies the results showed that students have developed active coping strategies after the resolution of their problems, a significant achievement of social support, and limited use of cognitive restructuring, little development of self-criticism, noting that , the new students prefer to avoid the problems.

Descriptors: Coping Strategies, Mental Health, Nursing Student.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	xv
CAPÍTULO I	
I.1. Introducción.....	17
I.2. Planteamiento del Problema.....	21
I.3. Justificación.....	28
I.4. Consideraciones Éticas.....	29
CAPÍTULO II	
II.1. Antecedentes de la Investigación.....	30
II.2. Fundamentación Teórica.....	47
II.2.1. Salud Mental.....	48
II.2.2. Instrumento de Medición de la Salud Mental.....	52
II.2.3. Algunas Teorías sobre Salud Mental.....	65
II.2.4. Modelos y Teorías de Enfermería en Salud Mental..	70
II.2.5. Proceso de Afrontamiento desde la perspectiva de la intervención en estudiantes de Enfermería.....	76
II.2.5.1. Instrumentos de Medición para el Afrontamiento...	78
II.2.6. Bases Legales.....	89
II.2.7. La Enfermería en Venezuela.....	93
II.2.7.1. Evolución de la Escuela de Enfermería de la ULA.	96
II.2.7.2. Cultura Organizacional de la Escuela de Enfermería.	98
CAPÍTULO III	
III.1. Objetivos de la Investigación.....	101
III.2. Metodología.....	102
III.2.1. Tipo y diseño de investigación.....	102
III.2.2. Población en estudio.....	102

III.2.3. Técnica y procedimiento de recolección de datos.....	103
III.2.4. Sistema de variables y operacionalización.....	104
III.2.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	106
III.2.6. Procesamiento y análisis de los datos.....	107
CAPÍTULO IV	
IV.1. Resultados.....	109
IV.1.1. Características Sociodemográficas.....	109
IV.1.2. Dimensión Salud General de Goldberg GHQ-28	124
IV.1.3. Estrategias de Afrontamiento.....	143
CAPÍTULO V	
LIMITACIONES.....	154
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	154
CONCLUSIONES.....	163
RECOMENDACIONES.....	164
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165
ANEXOS.....	178
ANEXO 1 GLOSARIO	179
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	181
ANEXO 3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	182
ANEXO 4 CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLBERG GHQ-28	183
ANEXO 5 INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)	191

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Población y Muestra en Estudio.....	103
Tabla II. Operacionalización de las Variables.....	105
Tabla III. Distribución de frecuencia por Sexo.....	110
Tabla VI. Distribución de frecuencia por Edad.....	111
Tabla V. Distribución según el Estado Civil.....	112
Tabla VI. Distribución de frecuencia por hijos.....	113
Tabla VII. Distribución de frecuencia por número de hijos.....	114
Tabla VIII. Distribución para la variable Embarazo Actual.....	115
Tabla IX. Distribución para la variable Trabajo.....	116
Tabla X. Distribución para la variable Accesibilidad a becas.....	117
Tabla XI. Distribución según problemas familiares.....	118
Tabla XII. Distribución según materias pendientes.....	119
Tabla XIII. Distribución según preocupaciones actuales.....	120
Tabla XIV. Distribución según experiencia de padecer problemas de salud.....	121
Tabla XV. Distribución según experiencias con la muerte.....	122
Tabla XVI. Distribución según la relación con los fallecidos.....	123
Tabla XVII. Dimensión Salud General de Goldberg GHQ-28 según el semestre de la carrera de Enfermería.....	124
Tabla XVIII. Proporción de casos negativos y positivos tras la aplicación del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28.....	130
Tabla XIX. Frecuencia según uso de atención psicológica y/o psiquiátrica.....	132
Tabla XX. Promedio de la escala del sub indicador: Factores negativos en la calidad de vida.....	135
Tabla XXI. Promedio de la escala del sub indicador: Demanda de tiempo y atención que tiene la carrera sobre la vida del estudiante.....	136
Tabla XXII. . Promedio de la escala del sub indicador: Expectativas de la carrera para los estudiantes.....	137

Tabla XXIII. Promedio de la escala del sub indicador: Evaluación de expectativas de la carrera por los estudiantes.....	138
Tabla XXIV. Promedio de la escala del sub indicador: Grado de satisfacción con la carrera.....	139
Tabla XXV. Promedio de la escala para el grado de consumo de sustancias percibido entre los estudiantes.....	140
Tabla XXIV. Promedio de la escala para el grado de consumo personal de sustancias por los estudiantes.....	141
Tabla XXVII. Promedio de la escala para el grado de consumo de sustancias combinadas por los estudiantes.....	142

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Sexo.....	110
Figura 2. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Edad.....	111
Figura 3. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Estado civil.....	112
Figura 4. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Hijos.....	113
Figura 5. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Número de hijos.....	114
Figura 6. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Embarazo actual.....	115
Figura 7. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Trabajo.....	116
Figura 8. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Accesibilidad a becas.....	117
Figura 9. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Problemas familiares.....	118
Figura 10. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Materias aplazadas.....	119
Figura 11. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Preocupaciones actuales.....	120
Figura 12. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Experiencia de padecer problemas de salud.....	121
Figura 13. Gráfica de la variable experiencia con la muerte.....	122
Figura 14. Gráfica de distribución según la relación con los fallecidos.....	123
Figura 15. Gráfica de los valores obtenidos para la sub-escala: Síntomas Somáticos.....	125
Figura 16. Gráfica de los valores obtenidos para la sub-escala: Ansiedad e Insomnio.....	126

Figura 17. Gráfica de los valores obtenidos para la sub-escala: Disfunción Social.....	127
Figura 18 Gráfica de los valores obtenidos para la sub-escala: Depresión.....	128
Figura 19. . Gráfica de los valores obtenidos para el cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28	129
Figura 20. . Gráfica de los valores descriptivos obtenidos para el cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28.....	131
Figura 21. Gráfica de los resultados para la Dimensión: Afrontamiento Activo.....	144
Figura 22. . Gráfica para el subindicador: Resolución de Problemas.....	145
Figura 23. Gráfica para el subindicador: Expresión Emocional	146
Figura 24. Gráfica para el subindicador: Apoyo Social.....	147
Figura 25. Gráfica para el subindicador: Reestructuración Cognitiva.....	148
Figura 26. Gráfica de los resultados para la Dimensión: Afrontamiento Pasivo.....	149
Figura 27. Gráfica para el subindicador: Autocrítica.....	150
Figura 28. Gráfica para el subindicador: Pensamiento Desiderativo.....	151
Figura 29. Gráfica para el subindicador: Evitación de Problemas	152
Figura 30. Gráfica para el subindicador: Retirada Social.....	153

ESTRUCTURA DE LA TESIS

La presente investigación está organizada para su comprensión en seis capítulos que se describen a continuación:

Capítulo I. En el cual se desarrolla la introducción, que contiene una breve descripción de la temática en estudio y los aportes teóricos más relevantes que sustentan la presente investigación. El planteamiento del problema; en el cual se describe con amplitud la situación objeto del estudio, estableciendo de manera clara la formulación de las interrogantes de la investigación, delimitando el espacio, período y la población involucrada. En este mismo sentido, se presenta la Justificación en la cual se explica la importancia y los beneficios que resultaran del estudio, tomando en cuenta las limitaciones y los aspectos éticos establecidos en toda investigación clínica epidemiológica, y por último se toma en cuenta la definición de términos más utilizados dentro del estudio que son necesarios para su comprensión. Por otra parte se presenta la justificación del estudio.

Capítulo II. Marco Teórico. El cual se fundamenta en la revisión exhaustiva de la literatura vinculada con el problema en estudio; con el propósito de establecer un marco de referencia para interpretar los resultados de la investigación. En este capítulo se describen los antecedentes de carácter nacional e internacional relacionados con el tema en estudio; se describen las principales variables de la investigación, los instrumentos de medición aplicados, de igual manera se presentan algunas teorías sobre salud mental, haciendo referencia a ciertos modelos y teorías de enfermería relacionadas con esta área de la salud. De igual manera, se describe el proceso de afrontamiento desde la perspectiva de la intervención en estudiantes de Enfermería. Contempla las bases legales y a manera de referencia se describe la evolución de la formación de Enfermería en Venezuela.

Capítulo III. Contempla el marco metodológico, que comprende la formulación de los objetivos de la investigación: Objetivo General en el cual se expresa el fin de la investigación en concordancia con el planteamiento del problema; y los Objetivos Específicos en los cuales se indican las variables y dimensiones objeto de estudio, derivadas del objetivo general y que contribuyen al logro del mismo, tomando en cuenta la naturaleza y diseño de la investigación, se describe la población del estudio, el sistema de variables y su operacionalización; se describen la técnica, los instrumentos y el procedimiento realizado para la recolección de la información, y finalmente se describe el tratamiento estadístico aplicado a los datos recolectados.

Capítulo IV. En él se presentan y analizan los resultados obtenidos, como la caracterización de la muestra de acuerdo a algunas de las variables socio demográficas, la evaluación del estado general de salud mental, y las estrategias de afrontamiento respectivamente.

Capítulo V. En el cual se realiza la discusión contrastando los resultados con los reportados por otros investigadores a nivel nacional e internacional; se dan a conocer las conclusiones tomando como referencia los objetivos específicos pautados para el proceso investigativo; asimismo, se dan las recomendaciones producto de los hallazgos encontrados, dirigidas a generar una línea de investigación sobre la temática estudiada, y diseñar proyectos dirigidos a la comunidad universitaria, a ser desarrollados desde el servicio comunitario.

Seguidamente se presentan las referencias bibliográficas; de igual manera en el apartado de anexos se ha introducido, un glosario de términos que tienen carácter polisémico utilizados en el desarrollo del trabajo, acompañado de cada uno de los instrumentos de medición aplicados en la investigación.

CAPÍTULO I

I.1. INTRODUCCIÓN

La Salud Mental (SM) se refiere al equilibrio que mantiene una persona con su entorno socio-cultural, se trata de un estado emocional y psicológico, con el que la persona es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, establecer adecuadamente sus funciones sociales y desarrollar sus actividades ordinarias. En otras palabras la Salud Mental es la capacidad de la persona para interactuar de manera armónica con su ambiente; y permite al ser humano confrontar las tensiones de la vida diaria, realizar mejor su trabajo, tener mejores relaciones interpersonales y estar satisfechos de ello. Por lo tanto, la Salud Mental es un factor esencial en el desarrollo y bienestar del individuo, la familia, los pueblos y naciones en todas las etapas del ciclo vital.

Sin embargo, en la actualidad, el mundo en el que nos desarrollamos se enmarca dentro de una sociedad industrializada, globalizada, influenciada por continuos y complejos cambios tecnológicos y científicos; esta influencia ha marcado un ritmo de vida muy acelerado, con evidentes cambios sociales, educativos, económicos y laborales; que constituyen factores de riesgo que inciden en la Salud Mental, generando situaciones de conflicto en las personas, especialmente en las que habitan en las zonas urbanas. En este orden de ideas, realidades como la ansiedad, la tensión nerviosa, el estrés y las depresiones, se han convertido en algunas de los problemas de salud más característicos de finales del siglo XX y de principios del siglo XXI. Ante estas situaciones de salud, la persona responde ante estos estímulos, a través del manejo de algunos mecanismos de adaptación, tratando de lograr el equilibrio entre el organismo y el medio ambiente. En consecuencia, resulta difícil hablar de Salud Mental sin considerar el entorno social de las personas. Por lo tanto, una persona mentalmente sana debe reunir ciertas características, entre las cuales podemos mencionar: ser consciente de su identidad

personal, tener un objetivo para alcanzar las metas propuestas, estar en armonía con el ambiente, demostrar interés para percibir la realidad y hacerle frente a las dificultades, mantener un buen sentido del humor, tener la posibilidad de ser activo y productivo, ser tolerante ante la frustración, persistir en las tareas hasta terminarlas, responder de manera flexible al estrés, recibir, aceptar y compartir el placer que se obtiene de diversas fuentes, aceptar las propias limitaciones, desarrollar la creatividad, el trabajo en equipo y el interés por las actividades académicas.

Teniendo presente lo anterior, cabe destacar que los estudiantes universitarios poseen características conductuales, estilos de vida, y actitudes muy particulares, y deben adaptarse a las exigencias de la formación académica. A tal efecto, la enseñanza universitaria en el ámbito de la salud, supone por su parte, cambios constantes producto de la recombinação de conocimientos, como consecuencia de la rapidez con que estos se generan, en particular los sistemas de enseñanza superior en Enfermería, llevan implícitos la apreciación de constantes presiones de variado orden, bien sea por demandas sociales, económicas y tecnológicas, cuya atención involucra disponer de métodos educativos y de investigación, para la formación, y evaluación conducentes a satisfacer los requerimientos de actualización de los profesionales en esta área de la salud.

Ahora bien, para que el estudiante de Enfermería logre con éxito concluir sus estudios superiores, es necesario que mantenga comportamientos saludables para comprender y manejar los factores estresores que encuentran en su formación académica, y que pueden incidir en su calidad de vida; en tales términos, se establece la importancia de conocer las estrategias que favorezcan el desarrollo de un estado óptimo de Salud Mental, a través del manejo adecuado de herramientas eficaces de afrontamiento emocional ante la diversidad de cambios en las intensas actividades académicas a las que debe

adaptarse; tal como refieren (O'Donnell y Gray, 1993) quienes coinciden con (Peterken, 1996) en los estudios de promoción de la salud y el bienestar de los estudiantes de las instituciones de enseñanza superior a fin de integrar la salud y el bienestar en la cultura universitaria que demanda la formación profesional en el área de la salud.

En este orden de ideas, las actividades de promoción de salud en la formación profesional de la Enfermería, implican la demostración de un rol pedagógico que acredite y asegure un proceso que respete actitudes, valores, competencias, habilidades y destrezas con base en métodos y estrategias de enseñanza que atienda a las formas individuales de aprender y favorecer el desarrollo en el estudiante. De hecho se espera que el estudiante universitario en particular el estudiante de Enfermería sea una persona crítica, creativa, motivada para un aprendizaje continuo a lo largo de la vida; es decir, que sea un profesional autónomo y que como promotor de la salud favorezca un cambio en el estilo de vida de los grupos sociales.

Diversos investigadores han mostrado preocupación por la salud mental de los estudiantes universitarios, y han determinado que el conjunto de actividades académicas puede influir en su bienestar físico y psicológico, lo que, contribuye con la aparición de problemas emocionales, que pueden verse reflejados en su desempeño académico. Tal es el caso, de los investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) quienes en sus estudios, han verificado la existencia de problemas en el área de la Salud Mental que afectan a los estudiantes de la Facultad de Medicina; y han concluido que una situación similar, puede darse en otras titulaciones de las ciencias de la salud, lo que generó la creación de convenios con otras universidades tal es el caso de la Universidad de Carabobo (UC), la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG) y la Universidad de los Andes (ULA) todas ellas de Venezuela. En este contexto, se planteó realizar un trabajo similar en la titulación de

Enfermería de la Universidad de los Andes, para ello se utilizó una muestra de estudiantes de los semestres I, V y X; con el propósito de evaluar las estrategias de afrontamiento, la salud mental, la necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos de este grupo poblacional.

Este estudio fue realizado mediante la aplicación de pruebas estandarizadas, entre ellas el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) elaborado por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptado para la población española por Cano, Rodríguez y García, 2006; y la “Encuesta sobre el estudio de Salud Mental en Estudiantes Universitarios” GHQ-28 Plus de Pastor y Aldegue (2000), que corresponde a un cuestionario autoadministrado, que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas que miden en relación a síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave.

Los resultados obtenidos permitirán, a través de la acción participativa de la Escuela de Enfermería, desarrollar programas psicoeducativos, orientados al desarrollo de las estrategias de afrontamiento en los estudiantes universitarios de Enfermería, con el propósito de fortalecer la salud mental, lo que ha de contribuir a una permanencia y culminación exitosa de la carrera universitaria.

I.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia comprende una etapa de profundos cambios en el desarrollo humano en las esferas física, mental y espiritual; y ha sido considerada como, el periodo de transición entre la infancia y el mundo adulto, por lo que puede convertirse en sí misma como una fuente generadora de estrés. En este mismo orden, es importante señalar que, la etapa de la adolescencia media ubicada entre los 15 y 17 años, coincide con el paso de la formación secundaria a la vida universitaria en Venezuela, y en la sociedad actual esta transición puede acarrear cambios que, para muchos adolescentes son difíciles de superar. El estudiante que inicia los estudios universitarios viene con cierto grado de incertidumbre, característico de todo ser humano cuando debe enfrentar nuevas situaciones, por lo que estos jóvenes pueden ser más vulnerables por encontrarse en una etapa adaptativa. En resumen, muchos adolescentes inician la carrera universitaria con temores, los cuales deben canalizar de manera adecuada para adaptarse al nuevo estilo de vida, en el cual tendrán más libertad de decisión, pero donde también experimentarán importantes cambios que influirán en su personalidad.

Aunque para muchos jóvenes la época universitaria es una de las mejores de la vida, en la cual, por una parte, se puede disfrutar de mayor libertad y diversión y por la otra, aprender sobre los temas de interés, hay quienes escasamente sobreviven a los cinco años que dura la carrera y deben convivir con la tristeza, la ansiedad y el estrés que les producen los exámenes, la carga académica y la dificultad para hacer amigos.

Por lo tanto, comenzar la etapa universitaria puede generar conflictos y temores en los estudiantes que egresan del ciclo medio diversificado, ya que en esta etapa deben adaptarse al sistema de educación superior y asumir nuevas responsabilidades. En consecuencia, en este período de formación los universitarios requieren del apoyo de

la familia y de las instituciones educativas a fin de alcanzar con éxito las metas trazadas en su proyecto de vida.

En este orden de ideas, numerosos investigadores entre los cuales destacan: Poveda (2000), Alejano (2000), Gotlib (1984); Lloyd y Gastrell (1984); Zoccolillo (1986); Henry (1989); Surtess y Miller (1990), han determinado que, la salud mental de los universitarios se ve afectada por múltiples factores que pueden desencadenar algunos problemas de salud como la depresión, la ansiedad, el estrés en menor o mayor grado, los trastornos alimentarios y las adicciones; además de otras características de la personalidad como la introversión y el aislamiento social. Situaciones psicosociales, que no solo se originan por las altas exigencias académicas a las que los estudiantes se deben enfrentar, sino que además están asociadas al estilo de vida, y a las condiciones sociales y económicas de cada país.

Por todo lo anterior, entendemos que la educación es un eje fundamental de formar al hombre para la vida debe asumir el reto transformador, de manera que responda a los intereses vitales y las necesidades de la sociedad. La educación ha sido interpretada como la formación de hábitos, costumbres, destrezas, habilidades y adquisición de conocimientos para el bienestar y calidad en la vida del ser humano; en este sentido, (Jiménez, 2001) expresa:

“El proceso educativo debe ser una acción donde la praxis profesional desarrolle cada elemento estratégico para orientar al estudiante a formarse de acuerdo a los criterios involucrados entre el ser y el convivir social para incrementar eficientemente los medios operativos que facilitan los cambios en un plan a seguir para la búsqueda de mejores alternativas en el desarrollo profesional hacia la calidad de vida”. (p. 45).

Tal es el caso de la educación universitaria reconocida cada vez más como un instrumento de desarrollo de pueblos, regiones y en general de los países, la cual ha sido considerada como un factor clave para incrementar la competitividad y calidad de vida; como ente dinámico de

todo proceso de formación profesional, y por tanto debe estar centrada en la pertinencia, colaboración y solidaridad como elementos estratégicos para orientar al estudiante a formarse; lo cual implica adaptación a los cambios que permitan operativamente este objetivo, tal como lo expone (Sánchez, 2002): *“El proceso universitario debe responder a las necesidades que surjan en cada espacio geográfico donde los estudiantes del nivel universitario enmarquen el progreso atendiendo a cambios que responden al avance científico y tecnológico de un país.”* (p. 70).

Si tomamos en consideración lo expresado por este autor, es importante la formación profesional a través de la educación universitaria, este proceso constituye un soporte que enmarca las directrices en cuanto a la diversidad de los cambios operativos, donde cada carrera universitaria, depende de la formación sistemática que involucra al profesional de este nivel educativo, a buscar las respuestas concretas en la conducción de una fuente dinámica que, va a involucrar al educador y a la universidad de manera que, se convierta en un engranaje entre la obtención y el manejo de, las estrategias necesarias para resolver los problemas encontrados en el ámbito educacional.

A tal efecto, la enseñanza universitaria en el ámbito de la salud, debe ser un proceso dinámico ajustado a las demandas sociales, económicas y tecnológicas, que amerita un proceso de actualización constante, con la disponibilidad de métodos educativos, de investigación y evaluativos adecuados que permitan atender los requerimientos académicos para la formación de profesionales de la salud altamente competentes.

En este mismo sentido, (Tsouros, 2000), coordinador del proyecto Ciudades Saludables y representante de la oficina europea de la Organización Mundial para la Salud, afirma:

“Las universidades deben preocuparse y ocuparse en proporcionar un contexto de oportunidad para las actividades de promoción de salud y de calidad de vida de sus trabajadores y estudiantes...pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes y del equipo universitario; para crear ambientes de vida, de aprendizaje, y de trabajo conducentes a la salud; para proteger el ambiente y promover el desarrollo humano sostenible; para promover la promoción de la salud en la enseñanza y en la investigación; para promover la salud de la comunidad, y ser un recurso para la salud de la comunidad.” (p. 15).

Por lo tanto, las actividades de promoción de salud en la formación del profesional de la Enfermería, implica, la demostración de un rol pedagógico que acredite y asegure un proceso de aprendizaje que respete actitudes, valores, competencias, habilidades y destrezas con el uso de métodos y estrategias de enseñanza que atienda a las formas individuales de aprender y favorecer el desarrollo del pensamiento crítico en el estudiante, a la hora de brindar cuidado enfermero a la persona sana o enferma; entendiendo que, la actuación de enfermería constituye un modelo para que el paciente aprenda a autocuidarse.

Por las consideraciones anteriores, los estudiantes de Enfermería como promotores de la salud, deben manejar el afrontamiento emocional como un recurso que responde a su perfil profesional; tomando en cuenta que, la Enfermería como profesión posee un cuerpo de conocimientos propios, sustentados en marcos teóricos que se han desarrollado desde la segunda mitad del siglo XX. Así, ciertas teorías como el Modelo de Roy (1970), que interesa particularmente para el desarrollo de este trabajo, establece los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación, de igual manera en este modelo, se describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como un todo con algún propósito bien definido. Este concepto, está directamente relacionado con el proceso de adaptación, de tal manera que la percepción que tiene la persona de las situaciones a las cuales se enfrenta, son individuales y diferentes para cada uno.

Por su parte, los estudiantes de Enfermería deben brindar cuidados autónomos enmarcados en las funciones esenciales de la profesión como son la defensa y protección, el fomento de un entorno seguro, el desarrollo de actividades de investigación, la participación activa en las políticas de salud, en la gestión de los cuidados de los pacientes; por estos motivos los estudiantes de Enfermería deben aprender a manejar las estrategias de afrontamiento para mantener un estado de Salud Mental que favorezca su capacidad personal de pensar, sentir y actuar con eficacia. De esta forma se podrá adaptar y/o modificar el medio habitual donde se desenvuelve, con actitud proactiva, mirando a la persona como un ser holístico. Sobre la base de que, cada persona es individual con un marco de creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que pueden determinar respuestas diferentes ante los estímulos del medio, lo que permite desarrollar una relación terapéutica efectiva.

Con base a este marco de referencia, la enseñanza de la Enfermería debe orientarse al desarrollo de capacidades cognitivas que permitan a los futuros profesionales, comprender que las personas a su cuidado son seres adaptativos, quienes a lo largo de sus experiencias de vida, han podido o no desarrollar las habilidades de afrontamiento ante diferentes situaciones, destacando particularmente las relacionadas con la salud.

Por otra parte, en el establecimiento de una relación terapéutica, necesariamente, hay que hablar de la empatía por lo que deben desarrollar habilidades en las relaciones interpersonales, que permita establecer una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo con adaptación e integridad personal.

No obstante, estas características deseables no las poseen cuando ingresan a la Escuela de Enfermería según se ha podido constatar en el trabajo desarrollado por (Mejía, 2012), dado que varios factores pudieran ser la causa de esta situación entre otros podemos señalar, las

características sociodemográficas de los estudiantes que limitan la adaptación progresiva a la carrera de Enfermería. La enseñanza teórico-práctica con alta exigencia académica que les hace difícil compaginar la vida diaria entre hogar, trabajo y estudios, algunos estudiantes deben alternar sus actividades académicas con actividades laborales; tal vez el exceso de trabajo, la falta de tiempo, o la incompatibilidad entre las relaciones personales y las obligaciones formativas, genera una alta prevalencia de malestar psicológico dentro de este grupo de población universitaria.

Luego de los planteamientos realizados, cabe resaltar que, el estudiante de Enfermería, como futuro profesional, proveedor del cuidado, experimenta a lo largo de su formación académica, situaciones que le enfrentan por primera vez con la muerte, el temor al contagio de enfermedades, el desarrollo de habilidades y destrezas para la ejecución de procedimientos propios de la carrera, entre otros, y todo ello, sumado a su inexperiencia, estilos de vida (capacidad de autocuidado), entorno; inciden en la calidad de vida y pueden convertirse en factores generadores de estrés, que hace necesaria la adquisición y la aplicación de mecanismos de afrontamiento efectivos, que les permita manejar situaciones de crisis a nivel interno y externo. Por otra parte, este grupo de estudiantes universitarios deben desarrollar capacidades para el desarrollo de relaciones intrapersonales e interpersonales, necesarias para un sano convivir y el establecimiento de la relación terapéutica.

En el marco de este planteamiento, es oportuno señalar que actualmente la Escuela de Enfermería de la ULA a pesar de ocuparse de la formación académica, humanística, científica y práctica de los estudiantes, no cuenta con espacios y programas dedicados a la atención de las necesidades psicosociales que pudieran presentarse en los alumnos de la carrera. En este sentido, la investigadora, como miembro de la plantilla de profesores ha observado que, a lo largo del período de formación universitaria, no todos los estudiantes que comienzan la carrera

se mantienen en ella y logran culminarla con éxito. Es evidente entonces, que existen factores intervinientes que puedan afectar el logro de las metas de estos universitarios, tales como la excesiva carga académica por ser esta carrera teórico-práctica de carácter asistencial, la falta de programación y difusión por parte de la escuela y del centro de estudiantes de actividades extracurriculares de desarrollo personal-social, observando poca o nula participación de estos estudiantes a las mismas, bien sea por falta de interés o tiempo como consecuencia de una inadecuada programación de las actividades. Lo antes expuesto, pone en evidencia la necesidad de implementar en la formación universitaria estrategias dirigidas a fortalecer el proyecto de vida de los universitarios y prepararlos de manera integral para manejar una adecuada salud mental y utilizar las estrategias de afrontamiento para superar con éxito los retos académicos y demostrar competencias profesionales al brindar cuidado humano a la persona, familia y comunidad. Teniendo presente que los enfermeros desarrollan síntomas de malestar psicológico y/o manifestación de problemas como el *burnout*, tal y como reflejan algunos estudios ver entre otros: (Moreno y col., 2002; Sellán 2007; y Vázquez 2011).

Por lo antes expuesto, se hace necesario el desarrollo de investigaciones dirigidas a la identificación de los factores que afectan la salud mental de los estudiantes de enfermería, a fin de implementar programas de atención psicológica encaminados al desarrollo del afrontamiento ante las situaciones de estrés. En consecuencia, este estudio está dirigido a determinar las estrategias de afrontamiento de los estudiantes y su salud mental; lo que ha dado origen a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes universitarios de Enfermería de la ULA y cuál es el estado de Salud Mental tras aplicar el GHQ-28 Plus?

I.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación representa una fortaleza para la Universidad de los Andes (ULA), especialmente para la Facultad de Medicina en sus diferentes Escuelas, ya que a través del Convenio Marco de Cooperación Internacional que se ha establecido con la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), en el Doctorado de Patología Existencial e Intervención en Crisis, permite el desarrollo de actividades de investigación, mediante la aplicación de instrumentos estandarizados, con el propósito de identificar los factores que intervienen en la Salud Mental de los estudiantes universitarios pertenecientes a diferentes instituciones de educación superior en diferentes países, cuyos resultados podrían orientar sobre los problemas asociados con la formación académica en diferentes contextos socioculturales, por tanto, el conocimiento que se tenga de la problemática estudiantil en cada una de las Escuelas pertenecientes a las diferentes Facultades de Medicina, permitirá la implementación de políticas orientadas a favorecer el logro académico y el desarrollo personal social del discente.

Para el caso particular de los estudiantes de Enfermería (ULA), la falta de tiempo, la incompatibilidad entre las relaciones personales y las actividades recreativas, así como, las obligaciones generadas por el proceso de formación; se convierten en factores que predisponen a un malestar psicológico, que puede incidir de manera directa en el proceso de aprendizaje, de tal manera que, los problemas emocionales no solo repercuten en el estado de bienestar intrapersonal, sino que, pueden verse reflejados en el ámbito social y hasta económico respectivamente.

Por tanto, desde el punto de vista teórico, a través de estas líneas de investigación, se pueden identificar los elementos estresantes presentes en los espacios universitarios, lo que ha de permitir el desarrollo de programas de orientación y establecer estrategias de intervención con

base en la implementación de actividades de atención psicológica, para la promoción de la Salud Mental.

Desde el punto de vista académico, los resultados de esta investigación pueden aportar conocimientos del comportamiento de los estudiantes de Enfermería en los diferentes contextos socioculturales, que puedan ser de utilidad para proponer procedimientos que permitan anticiparse al desarrollo de problemas emocionales a través de la creación de una unidad de apoyo estudiantil.

Desde el punto de vista metodológico, los instrumentos aplicados podrán ser validados para la población venezolana, y los resultados obtenidos servirán como antecedentes para futuras investigaciones relacionadas con el tema en estudio; por otra parte, se ha de fortalecer el desarrollo de líneas de investigación sobre el tema en estudio, en la Escuela de Enfermería.

Finalmente, desde el punto de vista práctico los resultados de este estudio enmarcados en la línea de investigación de Salud Mental, redundarán en beneficio de los estudiantes universitarios de Enfermería de la Facultad de Medicina de la ULA, ya que puede permitir el desarrollo de programas dirigidos a la promoción de la Salud Mental, con la participación activa de los estudiantes de Enfermería de la ULA, quienes pueden aprender y desarrollar una capacidad de control de los acontecimientos estresantes para afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones adversas propias del periodo de formación universitaria.

I.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Desde el punto de vista ético, el desarrollo de este estudio no reviste problemas de carácter ético, por cuanto los datos obtenidos solo fueron manejados con fines metodológicos y con carácter anónimo respetando el consentimiento informado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Algunos investigadores han intentado identificar los factores más característicos y frecuentes de la vida universitaria que contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental en los estudiantes. El interés se ha centrado en identificar qué tan a menudo y con qué intensidad los jóvenes se sienten estresados, y en reconocer cuáles son considerados por ellos mismos sus principales estresores. En este orden de ideas, los departamentos de Medicina Preventiva y Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid han desarrollado líneas de investigación para describir y determinar problemas de salud mental en los estudiantes de la Facultad de Medicina a fin de generar políticas dirigidas a favorecer la prosecución académica y el desarrollo personal y profesional del educando; extendiendo estas investigaciones a otros países en convenios de cooperación, con el propósito de comparar las poblaciones estudiantiles en otros contextos socioculturales; en este sentido, el hecho de realizar un estudio en centros académicos de diferentes países permite alcanzar una visión de carácter global sobre el problema en estudio, así como, la posibilidad de comparar los resultados obtenidos en muestras homogéneas de estudiantes de ciencias de la salud de los cuatro continentes.

En este propósito, luego del arqueo bibliográfico realizado con el objeto de valorar el afrontamiento y la salud mental en estudiantes universitarios, a continuación se presentan los trabajos vinculados con el tema en estudio que sirven de soporte científico para la presente investigación.

Jiménez, Martínez y Sánchez (2012). Realizaron una investigación titulada “Relación entre el estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento”, con el objetivo de determinar

si el estado de ánimo negativo puede explicarse a partir del estrés percibido y del estilo de afrontamiento. Así como también analizar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del género y la edad. Para la recolección de la información, el estrés percibido fue evaluado con la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSP; Cohen, Kamarck y Mermeltein, 1983) incluida por Crespo y Labrador (2003) en su versión de 10 ítems a través de los cuales se intenta establecer el grado de satisfacción que las personas han sentido durante el último mes. Para valorar los estilos y estrategias de afrontamiento se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, 1983) en su adaptación española por Peralta, Figuerola, Recasens, Tous y Raich (1992). El estado de ánimo fue evaluado a partir de una forma abreviada del Perfil de Estado de Ánimo (Profile of Mood States, POMS; McNair, Lorr y Droppleman, 1992) realizada por Fuentes, Balaguer, Meliá y García-Merita (1995) que describe cinco aspectos diferentes del estado emocional de las personas: tristeza, tensión, cólera, vigor y fatiga. Para el desarrollo del estudio la muestra estuvo constituida por 510 estudiantes universitarios (402 mujeres y 108 hombres, con edades comprendidas entre 17 y 25 años, que seguían diferentes cursos y carreras en la Universidad de Granada (España). Los resultados fueron manejados a través del paquete estadístico SPSS 15.0. Los resultados muestran que el estrés percibido y un uso frecuente de un estilo de afrontamiento pasivo son factores predictores del estado de ánimo negativo. Además, se han encontrado diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del género y de la edad. Se discuten las implicaciones de los resultados para minimizar el impacto de los estresores diarios.

En este mismo orden, Castaño y León (2010) realizaron un trabajo titulado "Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal" con el objetivo de determinar las relaciones entre el estilo de conducta interpersonal auto-informado y las estrategias de afrontamiento. Para la realización del estudio la muestra estuvo

conformada por 162 estudiantes universitarios (125 mujeres y 37 varones) ante situaciones de estrés general y estrés interpersonal pertenecientes a la Universidad de Extremadura, España. Para ello emplearon las Escalas de Adjetivos Interpersonales (Interpersonal Adjectives Scales, IAS, Wiggins, 1996) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Inventory, CSI, Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984), en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). Los resultados demostraron evidencias estadísticamente significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes en ambas situaciones; de acuerdo a los resultados la estrategia más utilizada fue el apoyo social seguida de la evitación de problemas, mientras que la menos utilizada fue la retirada social, por otra parte se observaron correlaciones significativas entre los estilos interpersonales característicos y las estrategias de afrontamiento. Estos resultados fueron discutidos desde la teoría interpersonal de la personalidad, en cuanto a las relaciones entre personalidad y afrontamiento y el análisis de los conceptos de estilos y estrategias de afrontamiento. Por otra parte estos autores señalan que los participantes del estudio, que muestran perfiles interpersonales extrovertidos y agradables (afiliativos), tienden de forma más frecuente a utilizar estrategias de afrontamiento más adaptativas, mientras que las personas con perfiles interpersonales reservados, fríos y arrogantes (no afiliativos) suelen elegir con más frecuencia estrategias de afrontamiento consideradas desadaptativas. Finalmente se comprobó la hipótesis de la investigación ya que se observó relación entre los estilos interpersonales autoinformados y la probabilidad de elegir determinadas estrategias de afrontamiento, con excepción de las estrategias de reestructuración cognitiva, la cual no fue utilizada por ninguno de los estilos interpersonales estudiados.

En este mismo orden, Benavente, Quispe y Callata. (2006) realizaron un estudio titulado “Nivel de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes de la Facultad de Enfermería” la cual tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de estrés y las

estrategias de afrontamiento, para tal efecto se realizó un estudio de tipo transversal con diseño correlacional, la muestra en estudio fue de 234 estudiantes de primero a cuarto año, seleccionada mediante un muestreo probabilístico estratificado. Para la recolección de información se utilizó como método, la encuesta; técnica el cuestionario y como instrumentos: la Escala de Estrés de Holmes y Rahe y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento, de Carver, Scheier y Weintraub, 1989, que considera estrategias enfocadas al problema, emoción y percepción. Como conclusiones se obtuvo que: 1) la mayor parte de la población estudiada fue de sexo femenino, con rango de edad de 19 a 20 años, el año de estudio que apuntó mayor número de estudiantes y mayor nivel de estrés fue el primer año, seguido de segundo, tercero y cuarto año; además la gran mayoría de estudiantes registra matrícula regular, 2) El nivel de estrés se encontró severo (29.91%). 3). Las estrategias más utilizadas orientadas en cuanto al problema fueron: “planificación” y “afrontamiento activo”; orientadas en cuanto a la emoción: “reinterpretación positiva y crecimiento” y “negación” y orientadas en cuanto a la percepción: “desentendimiento mental” y “enfocar y liberar emociones”. Finalmente, se hizo uso de la prueba estadística de correlación del estadístico F para la comprobación de la hipótesis, concluyendo que existe relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento.

A los efectos de este trabajo, Posada (2006) realizó un estudio descriptivo, de orden cuantitativo titulado “Estrés y afrontamiento académico y laboral en estudiantes universitarios” con el objetivo de determinar el empleo de estrategias de afrontamiento en los estudiantes universitarios que asumen el doble rol, académico – laboral, y ver las diferencias en cuanto a género, edad, estado civil, jornada y programa de formación, tomando como referente teórico a Lazarus y Folkman (1984). Se aplicó la escala de afrontamiento, adaptada de la escala francesa “Echelle Toulousaine de Coping”, validada por López-Vázquez E, Marván ML., para la población mejicana. Que consiste en un cuestionario de 30 preguntas adaptado y ajustado lingüísticamente a este contexto. El

instrumento se aplicó a una muestra representativa del 10% de la población matriculada para cada semestre de diferentes carreras que se dictan en la Fundación Universitaria Panamericana (FUP) de Colombia, siendo entonces, 333 los participantes. Las estrategias más empleadas por los estudiantes son las activas, con un peso del 3,2, mientras que las pasivas tuvieron un peso del 2,7. No se encontraron diferencias representativas en el uso de las estrategias según género, dado que los puntajes no difieren más allá de 0,2 décimas en los promedios. La estrategia de planificación es la más empleada en ambos géneros, con un promedio ligeramente superior en el grupo femenino. Es decir, buscan información y analizan las circunstancias antes de actuar. La estrategia pasiva más empleada es practicar actividades como el baile y los deportes para superar el estrés. El acudir a las drogas y el alcohol como estrategia para enfrentar los problemas es la estrategia menos empleada en ambos grupos y en casi todos los programas.

En el mismo orden de ideas Martínez, Reyes, García y González. (2006) realizaron un estudio “Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés” el objetivo del estudio fue analizar en una muestra de estudiantes universitarios la asociación entre el optimismo/pesimismo disposicional y diferentes categorías de síntomas somáticos autoinformados, y evaluar la posible mediación de las estrategias de afrontamiento del estrés en esta vinculación. La muestra estuvo conformada por 200 estudiantes del primer curso de la licenciatura de Psicología de la Universidad de Jaén (166 mujeres y 34 varones), con edades comprendidas entre los 18 y los 20 años. Para la recolección de la información, los cuestionarios administrados en el estudio fueron los siguientes: 1) Test de orientación vital-Revisado (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994) en su versión española (Otero, Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Castro, 1998), constituido por 10 ítems que miden teóricamente el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional; 2) El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984) en su versión española (Otero et al,

1998). Constituido por 40 ítems que miden el grado de utilización de estrategias de afrontamiento. 3) Escala de síntomas somáticos-Revisada (ESS-R) de Sandín y Chorot (1991) la cual contiene 90 ítems relacionados con la incidencia en el último año de determinadas categorías de síntomas somáticos autoinformados (inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, musculoesquelético, piel-alergia, genitourinario y reproductor femenino o menstrual). Los resultados evidenciaron que: 1) el pesimismo está positivamente relacionado con el informe de síntomas físicos, mientras que el optimismo está asociado negativamente con las quejas somáticas; y 2) esta vinculación puede ser explicada principalmente por la utilización diferencial de la estrategia de afrontamiento denominada autocrítica (característica del pesimismo). En lo que respecta al estilo de afrontamiento del estrés, los datos de este estudio constatan la correlación positiva del optimismo con determinadas estrategias de afrontamiento activo (resolución de problemas y reestructuración cognitiva), siendo esta relación negativa con respecto a algunas estrategias de afrontamiento pasivo, tales como los pensamientos ansiosos y, sobre todo, la autocrítica.

En esta misma línea, Cornejo y Lucero (2005) realizaron un estudio con el propósito de explorar las preocupaciones vitales, bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento en estudiantes de primer año, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de San Luis (Argentina). Este Trabajo se desarrolló dentro del marco del proyecto que investiga acerca del comportamiento de diferentes variables que intervienen en la construcción de la experiencia de los estudiantes universitarios, pudiendo o no favorecer su bienestar psicológico. La investigación fue de tipo exploratoria, la muestra estuvo constituida por 82 estudiantes (65 mujeres y 17 varones) cuyas edades estaban comprendidas entre 18 y 24 años. LA recolección de los datos se realizó a través del uso de: 1) La Escala de Bienestar Psicológico (E.B.P de Sánchez Cánovas 1998) que consta de 65 ítems segmentado en cuatro

subescalas: Bienestar Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Bienestar en las Relaciones con la Pareja; y que evalúa el grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción en un período de la vida. 2) El cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI adaptación española de Soriano (1995) con tres subescalas: Solución de Problemas (SP), Búsqueda de Apoyo Social (SA) y Evitación (E). Los resultados indicaron que las preocupaciones más frecuentes corresponden a las categorías de los núcleos de sentido, problemas personales y temor al proceso de adaptación a la nueva etapa vital, Se observó un nivel medio de bienestar psicológico, resultando la resolución de problemas y búsqueda de apoyo social las estrategias más utilizadas por este grupo de estudiantes. Finalmente los autores señalan que este trabajo es un aporte para la implementación de programas preventivos y/o asistenciales tendientes a favorecer el bienestar psicológico y una mejor experiencia adaptativa en los estudiantes de primer año, frente a la nueva etapa vital – académica.

Por su parte Berrios (2005) desarrollo un estudio aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de vulnerabilidad frente al estrés y mecanismos de afrontamiento que emplean los estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La muestra estuvo conformada por 130 estudiantes de enfermería, determinada a través de un muestreo probabilístico estratificado aleatorio simple. La técnica para la recolección de la información fue la encuesta, y los instrumentos utilizados fueron: el test de vulnerabilidad – bienestar frente al estrés y la escala de afrontamiento al estrés. Los resultados reflejaron que la vulnerabilidad frente al estrés se encuentra presente en los estudiantes de enfermería en un nivel medio y estando dicha vulnerabilidad ligada a la red vincular de apoyo, asimismo el mecanismo de afrontamiento más utilizado es la acción positiva hedonista.

Resulta oportuno para el desarrollo de esta investigación hacer referencia a Cruz, Roa, Villaverde y Benbunan (2005) quienes desarrollaron un estudio titulado “Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención” Tomando en consideración que el afrontamiento del dolor y la muerte constituye una de las tareas más difíciles y estresantes a las que deben hacer frente los estudiantes de Ciencias de la Salud durante su formación práctica en la universidad.

El objetivo del estudio fue indagar en el impacto emocional de estas experiencias y aportar un programa de intervención que contribuya a mantener su salud mental ante las mismas. Se trata de un trabajo realizado con una muestra total de 110 estudiantes de Enfermería en la Escuela Universitaria de Melilla. Para la selección de la muestra se ha seguido un muestreo no probabilístico casual. El estudio se llevó a cabo en dos fases; en la primera, se utilizó una muestra de 57 participantes de segundo curso, cuya edad estuvo comprendida entre 18 y 44 años, y la distribución por sexos fue el 20% de hombres y el 80% de mujeres.

En la segunda fase se contó con una muestra de 57 participantes del segundo curso entre los que se estableció un grupo control (GC) representado por el 49,1% y un grupo experimental (GE) constituido por 50,8%; la edad de los participantes del GC estuvo comprendida entre 19 y 32 años y la de los del GE entre 19 y 40 años; la distribución por sexos fue del 25% de hombres y el 75,5% de mujeres en el GC y del 34,5% de hombres y el 65,5% de mujeres en el GE. El motivo de esta elección se apoya en la consideración de que los alumnos de segundo curso ya habían tenido un primer contacto con las experiencias de prácticas durante el curso anterior y, por tanto, serían más conscientes de las dificultades concretas que éstas suponían y más receptivos al aprendizaje de nuevas habilidades. Para la obtención de los datos se utilizaron como instrumentos: 1) Inventario de Estrés de Experiencias Clínicas para Estudiantes de Enfermería, diseñado para este estudio. Esta prueba

consta de diez ítems que pretenden evaluar el nivel de estrés en alumnos de Enfermería ante once situaciones hospitalarias que forman la base de su formación práctica. 2) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Posibilita la autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado) y como rasgo latente (ansiedad/rasgo). El trabajo se desarrolló en dos fases. En primer lugar, mediante un estudio descriptivo exploratorio se detectó un primer el impacto que las vivencias del dolor, el sufrimiento y la muerte ocasionan experiencias estresantes en los estudiantes de Enfermería, a los que se le aplicaron las dos pruebas descritas.

En la segunda parte de la investigación se estableció un grupo control y un grupo experimental. Una vez evaluado el efecto estresante de dichas vivencias y los niveles de ansiedad presentes se procedió a la aplicación de un programa de intervención al grupo experimental denominado Taller sobre el Impacto Emocional del Sufrimiento y de las Experiencias Relacionadas con la Muerte. Tras su finalización, se volvieron a evaluar los niveles de ansiedad con el fin de valorar el efecto del tratamiento aplicado. Los resultados han puesto de manifiesto la reducción de los niveles de ansiedad y estrés global en el grupo experimental. Los efectos positivos del programa respaldan la necesidad de incidir sobre estas cuestiones desde el período de formación universitaria.

Con referencia a las conclusiones de los estudios presentados, queda patente la importancia que tiene para el desarrollo humano, el aprendizaje y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento, como herramienta para poder afrontar las situaciones estresantes generadas en el entorno personal, familiar, social, educativo y laboral que se derivan del medio que nos rodea. Por otra parte, el estudio del afrontamiento en los estudiantes de Enfermería conlleva compromisos institucionales por cuanto la Escuela de Enfermería tiene la obligación de formar un profesional altamente competente en lo académico, comprometido con el

cuidado humano y en lo personal ofreciendo herramientas cognitivas y conductuales para el control de los factores externos, guiadas para construir actitudes favorables y solucionar de manera satisfactoria las situaciones estresantes. Por su parte, los estudiantes universitarios de Enfermería desarrollaran las competencias necesarias para avanzar en la carrera y culminarla de manera exitosa, lo que redundará en una mejor calidad de atención para la persona sana o enferma que requiera de los cuidados enfermeros.

Siguiendo las variables del presente estudio, a continuación se presentan las investigaciones relacionadas con la Salud Mental.

Arias, C, (2011), realizó un estudio en Mérida, Venezuela, con el objetivo de relacionar los tipos de sensibilidad interpersonal con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica. Utilizó el Cuestionario de Goldberg 28 ítems (GHQ28), Determinación de Ayuda psicosocial con el Goldberg plus y la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) validada en Venezuela de Guarino y Rogers. Evaluó a 284 estudiantes de pregrado de la Escuela de Bioanálisis. De los encuestados el 19% eran hombres y 81% mujeres, con una media de edad de 20,4%. La dimensión predominante fue el tipo Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP) con un 61%, seguido por el Distanciamiento Emocional (DE) con un 32% y finalmente un 8% del tipo Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN). Con relación a los resultados del Goldberg el 19,1% dieron positivo, es decir podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de la salud mental. Las personas con predominio de SIP podrían orientarse a seleccionar carreras que les permitan ayudar a otros. Los estudiantes tipo SEN y las mujeres tienen mayor riesgo de padecer alteraciones de la salud mental. Los estudiantes tipo SIP y DE están más conscientes de necesitar ayuda psicoterapéutica.

En un reciente trabajo de Pereira (2011) titulado: "Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología en situación de

alta y baja exigencia académica en la Universidad de Los Andes de Venezuela”; expone que la salud mental está sujeta a múltiples factores sociales y familiares; y esto hace que disminuya la capacidad de respuesta psicológica de las personas y sus potencialidades para mantener el equilibrio en los conflictos convirtiéndose en un problema de salud pública. La investigación tuvo como objetivo valorar el perfil de salud mental y de sensibilidad emocional de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Los Andes (ULA) en situaciones de baja y alta exigencia académica. El estudio llevado a cabo fue de tipo analítico cuantitativo, de corte longitudinal, de campo y fuentes vivas.

La muestra se conformó por 288 estudiantes: 108 correspondientes a los cursos de primero y tercero año, baja exigencia (BE) para la primera aplicación de los instrumentos de evaluación utilizados: La encuesta sobre el estudio de salud mental de Pastor y Aldeguer, que incluye el test de Goldberg (GHQ-28 plus); y la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE) de Guarino. La segunda aplicación la muestra fue de 80 sujetos de los cursos segundo y cuarto año, alta exigencia (AE). Los resultados obtenidos demuestran que el 22,7% fueron considerados positivos ya que puntuaron GHQ-28 >5, los valores ascienden a medida que se avanza en la carrera de forma significativa.

Con respecto a los valores obtenidos con la escala de sensibilidad emocional se evidencia que en los años de la carrera predomina la dimensión sensibilidad interpersonal positiva (SIP) con unos valores de 76,7% en BE; y de un 90% en AE, tanto la dimensión Distanciamiento Emocional (DE) y la Sensibilidad Emocional Negativa (SEN) muestran valores bajos.

Se confirma la hipótesis de que los estudiantes incrementan sus alteraciones de salud mental, en momentos de BE y AE, y reafirma los beneficios del Programa de Atención Integral al estudiante de odontología, dotándolos de las herramientas para manejar el estrés,

fortalecer las emociones en forma positiva y mantener un equilibrio a lo largo de su carrera. Al analizarlos con el modelo integral de Wilber, los hallazgos no sólo fueron producto de los factores académicos sino que también se ven influenciados por factores internos de la FAOULA, locales, cultura organizacional y los factores externos, sociales, políticos y culturales relacionados con la situación del país.

En este mismo orden Morales, F. (2010) realizó una investigación en la ciudad de Valencia, Venezuela cuyo objetivo era evaluar la salud mental, necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos que tiene el estudiante de la Facultad Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, durante el periodo lectivo 1-2010. Estudió a 11.448 estudiantes seleccionados mediante el método probabilístico aleatorio simple representado por un 30% de la población para un total de 833 estudiantes. Utilizó el Goldberg (GHQ28), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en ámbitos no especializados en psiquiatría. En el análisis de los datos, se utilizó el análisis descriptivo comparativo en relación a tres grupos de estudio para evaluar las diferencias observadas en torno a la salud mental, la necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos. Se utilizó el estadístico Chi cuadrado. Concluye que una cuarta parte de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación, objetos de estudio, presentan alteraciones en la salud mental.

En este sentido Joffre, García, Lin, y Cruz (2007) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar el estado de salud mental en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina "Dr. Alberto Romo Caballero", de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. A través de la aplicación del Cuestionario General de Salud en su versión de 30 ítems La muestra estuvo conformada por 174 estudiantes de primer año del ciclo escolar Agosto-Diciembre del año 2006 que habían ingresado a la facultad dos meses antes de este estudio, se incluyeron participantes de ambos sexos y que aceptaron participar en el estudio a través del

consentimiento informado. Luego del análisis de la información encontraron los siguientes resultados: el 58% correspondió al sexo femenino, el 27.6% (IC 95% 21.0-34.8%) de la muestra calificaron con un puntaje que los ubica como casos, el 2.4% de estos presentaron un nivel de severidad grave.

Por su parte Feldmann y col. (2008), realizaron un trabajo de tipo no-experimental-descriptivo-correlacional, con un diseño de corte transversal con el propósito de evaluar las relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en una muestra de 321 estudiantes universitarios de carreras técnicas en Caracas, Venezuela. Para la recolección de la información utilizaron los siguientes instrumentos: a) El cuestionario sobre estrés académico (De Pablo et al., 2002), el cuestionario de apoyo social (Dunn, Puutallaz, Sheppard y Lindstrom, 1987) y el cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ 28 (Versión española de Lobo, Perez-Echeverria y Artal, 1986).

La aplicación de los instrumentos se realizó durante el periodo académico de mayor tensión que coincidía con la época de evaluaciones en las que el estudiante debía tomar la decisión de continuar cursando las materias o de retirarlas para evitar ser reprobados. Los resultados obtenidos reflejan que las situaciones de estrés académico más frecuentes fueron las de “presentar un examen escrito”, “preparar un examen próximo” y “esperar y recibir los resultados de un examen”, las cuales fueron reportadas por más del 90% del grupo. También fueron muy frecuentes las siguientes situaciones: “excesiva cantidad de material para estudiar” (reportada por el 89.30% de los estudiantes), “falta de tiempo para estudiar” (83.80%) y “entrar o salir del aula cuando la clase ya comenzó” (81.30%). Con relación a Escala de salud general (GHQ 28) los ítems reportados con mayor frecuencia fueron los relacionados con el factor de angustia y ansiedad (32%) y somatización (20%), a saber: aquellos que expresaban problemas de salud recientes y no sentirse en perfectas condiciones, la sensación de estar agobiado y en tensión, y que

les costaba más tiempo hacer las cosas. Los pensamientos relacionados con el suicidio o falta de sentido de la vida fueron poco frecuentes. Finalmente los resultados indicaron que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. En las mujeres, la mayor intensidad del estrés se asoció al menor apoyo social de los amigos, mientras que en los hombres se relacionó con un menor apoyo social por parte de personas cercanas, y un menor apoyo en general. Ambos grupos presentaron mejor rendimiento cuando el estrés académico percibido fue mayor y el apoyo social de las personas cercanas fue moderado.

En ese mismo sentido, Perales, Sogi y Morales (2003) realizaron un estudio en dos universidades con la finalidad de describir y comparar el estado de salud mental en dos poblaciones de estudiantes de medicina: 1.115 matriculados en 1997 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y 508 matriculados en 1998 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. Se utilizó la encuesta de Salud Mental HGQ-28 abreviada. Los resultados demostraron que la proporción de varones fue mayor que la de mujeres; la edad media fue 24 años en ambas poblaciones. Se detectaron problemas de salud mental en ambas poblaciones con relación a altos niveles de estrés, prevalencia de vida de uso/abuso de cigarrillos y alcohol; conductas disóciales y violentas; además de hábitos de vida afectados por las exigencias de los estudios médicos con disminuidas oportunidades de disfrute de entretenimiento social. De igual manera, los estudiantes de 5to año presentaron mayores puntuaciones en algunas subescalas como obligaciones de estudio, aspectos relacionados con el paciente y presión de estudio.

Evidenciaron además que, los estudiantes mostraron un incremento en el cansancio emocional y estrés psicológico desde el 1er al 5to año. Observando en ambas poblaciones problemas de salud mental, y

proponen la aplicación de programas de intervención orientados al manejo preventivo del estrés.

En ese mismo sentido, Poveda y col. (2002), por su parte realizaron un estudio interdisciplinario ampliado al campo de otras facultades, utilizando para ello el Cuestionario de Salud Mental de estudiantes universitarios Goldberg (HGQ-28) y la Escala de Estresores Universitarios para evaluar el estado de salud mental en estudiantes del 6º curso de Medicina de la UAM, y compararlos con los obtenidos en estudiantes de último curso de las facultades de ingeniería, informática, filosofía y letras. Se evaluó la necesidad objetiva y subjetiva de atención psicológica y/o psiquiátrica en estos grupos y el grado de satisfacción con respecto a su periodo de formación universitaria.

También se analizó los factores estresantes de la vida académica y su influencia en estudiantes universitarios. Del mismo modo, se analizaron los hábitos personales y generales de consumo de diferentes sustancias. El tamaño total de la muestra fue de 239 estudiantes, de los cuales 116 cursaban medicina, 63 ingeniería informática y 60 filosofía y letras. Se observó un 14.7% de resultados positivos en el GHQ-28 demostrándose una proporción significativamente menor ($p < 0.01$) respecto a los resultados obtenidos al analizar esta población en años anteriores (GHQ positivos de un 32.2% en alumnos de sexto curso de la UAM en el año 2000. La distribución por sexos atendiendo a la puntuación en el GHQ-28 era de un 11.9% de hombres que presentaban un resultado positivo, frente a un 16.2% de mujeres. No se encontraron diferencias significativas entre sexos. Se analizó el estado de salud mental por separado en los cuatro hospitales docentes de la UAM. Los porcentajes de GHQ-28 positivos observados eran: 7.7% en la Fundación Jiménez Díaz, 11.5% en la Clínica Puerta de Hierro, 16.7% en el Hospital La Paz, y 21.4% en el Hospital Universitario de la Princesa. A pesar de las diferencias observadas no se ha demostrado que éstas fueran estadísticamente significativas.

Por su parte, Alejano, y col (1998) En su trabajo titulado “Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios” utilizaron la encuesta de salud mental de estudiantes universitarios que incluye el Goldberg HGQ-28-plus, con el propósito de comparar el estado de salud mental en estudiantes de 1º y 3º curso de la Facultad de Medicina según sexo y curso, la necesidad de atención psicológica y/o psiquiátrica de los estudiantes antes y durante la carrera y valoraron la posible influencia negativa de las relaciones estudiantes-profesores y de la tensión acumulada en exámenes según su estado mental. Además, valoraron las expectativas de los estudiantes al inicio de la carrera y su grado de cumplimiento, así como, los hábitos personales de consumo de diferentes sustancias. Los resultados obtenidos refieren que un 45,5% presentan un GHQ-28 positivo, no encontraron diferencias significativas entre las frecuencias para mujeres (47,4%) y hombres (40,8%). Sin embargo se evidenciaron diferencias significativas entre los cursos de 1º y 3º ($p < 0,01$) con los siguientes porcentajes: el 50,8% de los alumnos de 1º dieron GHQ-28 positivo frente a un 30,4% en 3º.

Al comparar los resultados de GHQ-28 positivos a lo largo de los últimos 5 años, no encontraron diferencias significativas entre los grupos de 1º pero sí en los de 3º. De los estudiantes que No habían recibido atención psicológica antes de iniciar la carrera, la gran mayoría (91,4%) continúan sin utilizarla, mientras que de aquellos que la habían recibido, un 33% la ha necesitado en algún momento de la carrera. Por otra parte, un 10% de los estudiantes que actualmente no utilizan atención psicológica creen que la necesitan. Los estudiantes cuya relación con los profesores les afecta negativamente en su calidad de vida presentaron mayoritariamente (73,9%) un GHQ-28 positivo. Este resultado también se obtiene en aquellos a los que más les afecta el periodo de exámenes (56.6%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo subjetivo y real de café (89% frente al 50%), tabaco (83,8 frente a 16,5), alcohol de baja graduación (68 frente al 36,1), alcohol de

alta graduación (22,7 frente a 5,3), cannabis (6.6 frente a 2), cocaína (2,9 frente a 0,4), ansiolíticos (58,4 frente a 7,7).

Las investigaciones sobre Salud Mental antes descritas, guardan estrecha relación con el tema en estudio y resaltan la importancia que tiene la aplicación de esta línea de investigación para determinar el comportamiento de los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud a fin de proponer y desarrollar programas de apoyo psicológico dirigidos a la detección y prevención de los problemas emocionales que puedan presentarse durante el desarrollo académico de la carrera, y así, mantener la salud mental de los estudiantes universitarios, la cual redundará en la consolidación de una persona integral, capaz de manejar las emociones y consolidarse en un profesional de la salud altamente competente.

Finalmente se hace referencia, a un trabajo de reciente presentación realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y que se relaciona con el presente estudio ya que, parte de la muestra estudiada pertenece a la Escuela de Enfermería de la ULA. Considerando, el tema de gran interés e importancia para la carrera.

Mejía (2012) desarrolló un estudio titulado “Conducta Empática en los Estudiantes de las Ciencias de la Salud”, que tuvo como objetivo evaluar la conducta empática global y sus tres dimensiones en los estudiantes de las Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería y Odontología) de la Universidad de Los Andes. Mérida –Venezuela. 2009-2011. Fue una investigación de campo, descriptiva, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 831 estudiantes universitarios de las Ciencias de la Salud Medicina 490, Enfermería 149 y Odontología 192. Para la obtención de la información se aplicó bajo consentimiento informado la Escala de Empatía Médica de Jefferson, una vez validada, constituida por 20 ítems quedo con 19, en donde el ítem 18 perteneciente a la tercera dimensión con una carga factorial de 0.24, fue

eliminado, quedando el instrumento con una confiabilidad total según el alfa de Cronbach de 0.860. Para el análisis de los datos, se usó el programa SPSS 19.0, se utilizó Chi cuadrado de Pearson, análisis de varianza (ANOVA) con Duncan como test posthoc y t de Student para variables independientes. De los estudiantes investigados el mayor porcentaje se encontró en el primer año. El 68,3% son mujeres y 31,7% hombres, distribución que se mantiene en las tres escuelas.

El grupo de edad predominante en Medicina y Odontología, son los menores de 20 años y en Enfermería de 21 a 25 años. La empatía global y la dimensión “ponerse en el lugar del otro” no difieren entre los estudiantes en formación de las diferentes escuelas. Los estudiantes de medicina presentan los valores más altos en la dimensión “toma de perspectiva” y los valores más bajos en “el cuidado con compasión”. Los estudiantes de Enfermería y Odontología, presentan puntajes en promedio iguales en cuanto a la empatía global y sus dimensiones.

El género no influye en la conducta empática ni en sus dimensiones, mientras que la edad se relaciona positivamente con el cuidado con compasión. La empatía global reportó más alta en los estudiantes de tercer año de manera significativa, al igual que la dimensión “toma de perspectiva”, mientras que el “cuidado con compasión” es mayor significativamente con respecto a sexto año. El “ponerse en el lugar del otro” no mostró diferencias. Los estudiantes de Medicina de tercer año de la Universidad de los Andes tienen valores significativamente mayores de empatía global y en las dimensiones de la misma, que los encontrados en la Universidad Autónoma de Madrid.

II.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La necesidad de conocer la influencia que tiene el uso de las estrategias afrontamiento en la salud mental de los estudiantes de Enfermería que interesa en esta investigación, se orienta a caracterizar la calidad de vida en la constante y creciente exigencia académica que

demandan del estudiante esfuerzos de adaptación, para lo cual se hace referencia de constructos que permitan delimitar el objeto de investigación, iniciándose con salud mental; así como las teorías que enmarcan el perfil del enfermero(a) con base a sus funciones en el campo de la salud; seguidamente proceso de afrontamiento como elemento psicológico que permite la salud mental de los estudiantes universitarios como punto central de una preparación óptima, fundamental para un futuro profesional, en un mercado laboral cada vez más competitivo.

II.2.1. Salud Mental

Para referirnos a que consideramos en este trabajo como salud mental, creemos necesario definir la salud, y partimos de la definición que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) la conceptualiza como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Asimismo, viene a ser para la seguridad sanitaria internacional un reto de todos los pueblos o países pertenecientes a la OMS a través de las oficinas regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para hacer realidad su lema: *“Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro en calidad de vida.”*(s/n)

Ante este planteamiento se puede inferir que la salud mental atiende a la calidad de vida, pues genera bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Este bosquejo se puede considerar como un concepto subjetivo de salud mental, propia de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que se vive como la sociedad, la cultura o las escalas de valores para vivir en calidad. Según la Organización Mundial de la Salud, (2004) la calidad de vida es:

(...) *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.* (p. 19)

Esta concepción sirve de apoyo a la sociedad actual, que parte de los años setenta, como uno de los temas que mayor atención acaparan entre los investigadores de las ciencias de la salud, dicho interés nació por razones de índole empírica que se derivaron de los datos que apuntaban a su utilidad para el mantenimiento de la salud mental, en cuanto al apoyo social la Organización Mundial de la Salud la considera como un importante medio para la prevención de las psicopatologías, de las enfermedades en general que conducen a la depresión del sujeto; por ello, la importancia del manejo del afrontamiento para tener una salud mental que permita la calidad de vida del individuo.

En un sentido similar, (Walles, 2010) define la salud mental o *"estado mental"* es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice *"Salud Mental"* como analogía de lo que se conoce como *"salud o estado físico"*, pero en lo referente a la Salud Mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo.

La salud mental, es un término polisémico que ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición *"oficial"* sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto

estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Manera también, como las personas relacionan su entorno con la realidad.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "*salud mental*" y "*enfermedades mentales*" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es inconveniente, para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria según (Walles, 2010), es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

El citado autor, refiere que muchos expertos consideran a la salud mental como un *continuum*, es decir, cómo se piensa, se actúa y se percibe la vida según el estándar social de un individuo y sus valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y, poseer una evidente flexibilidad para afrontar dificultades o fracasos como retos inevitables que plantea la vida. Consecuentemente, la salud mental está dada en el bienestar que la persona desarrolla afrontando las tensiones normales de la vida.

Tomando como referencia este marco, una persona mentalmente sana es aquella que mantiene una actitud adecuada hacia sí misma,

desarrolla sus capacidades creativas, integra de manera armónica los diferentes rasgos y atributos de la personalidad, demuestra una amplia capacidad de autonomía e independencia, percibe la realidad libre de distorsiones y desarrolla una buena adaptación al entorno, que incluye el afecto hacia los otros, relaciones interpersonales satisfactorias y la integración social. Desde este punto de vista, se considera a un individuo normal si muestra la suficiente capacidad para relacionarse de una manera flexible, productiva y adaptativa, y si sus percepciones de sí mismo y del entorno son constructivas y promotoras de equilibrio propio.

Con base a las consideraciones anteriores, en el ámbito académico, resulta difícil hablar de salud mental sin considerar el entorno social de las personas y los requerimientos académicos, económicos, laborales, familiares y de vida en sociedad a las que están sometidos los estudiantes universitarios de la carrera de enfermería en virtud del impacto de la formación profesional y las condiciones o estilos de vida que debe asumir, a los efectos de este planteamiento se hace necesaria la implementación de estrategias que permitan desarrollar, adoptar y mantener conductas sanas de autocuidado para promover la salud mental.

En este contexto, la promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquellas a las que le han sido diagnosticadas alteraciones de salud mental. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todas las instituciones sanitarias y educativas estén comprometidas con el bienestar mental.

En este marco de referencia, la psicología positiva ha demostrado importantes avances para la atención de los factores que afectan la salud mental, llegando a ser tan efectivos según las características individuales de la persona, como los protocolos existentes para atención psiquiátrica. En este sentido, la "promoción de salud mental" es un término amplio que

utiliza una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:

Nivel individual. Dirigida a motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, y el uso de la asertividad para la toma de decisiones.

Nivel comunitario. Tendiente a promover la inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en la ciudad y la construcción de relaciones interpersonales efectivas.

Nivel gubernamental. El estado de cada nación debe estar comprometido con los planes de desarrollo que reduzcan las barreras socio-económicas, promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública a todos los grupos en las diferentes etapas del desarrollo humano y en especial a las personas que por sus factores de riesgo conformen un grupo vulnerable en los que puede estar comprometida su salud mental.

En resumen, la promoción de la salud mental, tiene como objetivos proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social y crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo, así como potenciar la salud mental respetando la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas.

II.2.2. Instrumento de Medición de la Salud Mental:

El Cuestionario de Salud General (GHQ-28): El General Health Questionnaire (GHQ) original fue elaborado por David Goldberg en 1972, con el objetivo de identificar alteraciones psíquicas en el ámbito hospitalario. Inicialmente estaba formado por 93 ítems y, posteriormente, ha sido abreviado en diferentes formatos, quedando demostrado en

distintos estudios que las versiones reducidas tienen la misma utilidad que las completas, con unas propiedades psicométricas aceptables.

Desde que en 1979 Goldberg y Hillier diseñaron el GHQ-28, esta versión ha sido la más utilizada, y fue validada por Lobo y col en 1986, para la población española. El GHQ-28 no persigue establecer un diagnóstico clínico, sino detectar el estado general de salud mental, o bienestar, mediante la sintomatología presente en las dos últimas semanas. Evalúa la percepción que el sujeto tiene sobre su estado de bienestar. Ha sido ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos de screening, como estimador de la salud mental en la población general (32). Está formado por 28 ítems agrupados en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión). Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert con 4 opciones posibles. Es un instrumento muy versátil y de fácil comprensión, por los diferentes grupos poblacionales independiente de su cultura, nivel económico y social.

Pastor y Aldegue y su equipo de investigadores en el año 2000 elaboraron la “Encuesta sobre el estudio de Salud Mental” que contiene el test de Goldberg y Hillier y además aporta las siguientes áreas a ser valorados: (a) Ayuda psicológica (b) Estudios y salud (c) Hábitos y (d) Grado de satisfacción con las personas que interactúan durante su carrera.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, y para los intereses de esta investigación, es importante resaltar que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es bienestar, armonía y equilibrio; si se observa al ser humano como una entidad bio-psico-social, significa entonces que la salud será mayor si existe un equilibrio armónico entre el cuerpo, la mente, las emociones y las relaciones con los demás, por lo tanto los estados mentales negativos y sus consecuencias no solo afecta

el funcionamiento orgánico de la persona que los padece sino que también incide en el desarrollo de las relaciones con el entorno.

Tomando como referencia este marco, y para entender la salud mental, es necesario tener en cuenta que, a lo largo del ciclo vital y del desarrollo humano, la salud mental de los personas puede verse afectada por la exposición a diversas situaciones de carácter personal, familiar y sociocultural; en este mismo orden y dirección, los universitarios no escapan de esta realidad y su salud mental puede verse afectada por múltiples factores que desencadenan trastornos como la depresión, ansiedad y el estrés, así como también, pueden presentarse conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco; consumo y dependencia de drogas y conductas antisociales o desadaptativas como los trastornos de la personalidad.

Algunos investigadores, han intentado identificar los factores más característicos y frecuentes de la vida universitaria que contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental en los estudiantes. El interés se ha centrado en identificar qué tan a menudo y con qué intensidad los jóvenes se sienten estresados, y en reconocer cuáles son considerados por ellos mismos sus principales estresores. (Mohd, 2003), en un estudio realizado en una Universidad de Malasia, encontró que los principales factores que se asocian a la presencia de trastornos emocionales en estudiantes universitarios fueron: sentirse bajo presión por los exámenes, falta de apoyo familiar y experimentar presión por parte de sus profesores. Por su parte, (Andrews y Wilding, 2004) han encontrado que, los principales estresores ligados con la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios ingleses son, las dificultades económicas y relacionales, citado por (Cova, 2007).

En este mismo trabajo no solo se presentan estudios sobre la evaluación de la presencia de síntomas emocionales, particularmente de sintomatología ansiosa y, especialmente, depresiva como trastornos

específicos de la salud mental, sino que también hace referencia a investigaciones que demuestran la prevalencia del consumo abusivo de alcohol y sustancias, y que ponen en evidencia la presencia de otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes, pueden tener consecuencias tanto o más graves para la salud comprometiendo el bienestar y la calidad de vida

Al respecto, para fortalecer el desarrollo de esta investigación a continuación se presenta el abordaje teórico inherente a algunas de las manifestaciones emocionales que presentan los estudiantes universitarios.

Así vemos que la **ansiedad** es una respuesta adaptativa del ser humano, se define como un sentimiento de tensión e inquietud, que puede parecerse al miedo pero producido por una amenaza o percepción de pérdida de control interno más que del peligro o estímulos externos Bonjean, citado por (Cook y Fontaine, 1989). Según el Diccionario de la Real Academia Española el término ansiedad proviene del latín anxietas, manifestado por un estado de agitación e inquietud, suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo esta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986) citado por (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). En concordancia con el planteamiento anterior, la ansiedad se muestra como uno de los sentimientos vitales más característicos, que puede aparecer solo o asociada a otros problemas clínicos como por ejemplo en los cuadros neuróticos (Poveda, 1981).

Por otra parte, el término de ansiedad hace referencia a la combinación de manifestaciones físicas y mentales, que producen en la persona una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. Si bien la ansiedad se destaca por su parecido con el

miedo, se diferencia de éste en que, el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros e imprevisibles. Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos, están presentes pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras, sin embargo; ambos conceptos han sido considerados por diverso autores como mecanismos evolucionados de adaptación de los seres humanos y que están presentes a lo largo del ciclo vital.

En este sentido, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia y duración; o aparece ante la presencia de estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984). El estado de ansiedad puede somatizarse y generar síntomas orgánicos como presión precordial, taquicardia, taquipnea, piel sudorosa y fría, náuseas, y contracturas musculares de intensidad variable hasta producir dolor intenso; cuando estas manifestaciones clínicas se presentan en personas con alto nivel de ansiedad, es muy posible observar estados de decaimiento, apatía o melancolía como consecuencia a un elevado gasto de energía.

Como se ha comentado en párrafos anteriores, la ansiedad alerta a las personas de posibles peligros y les advierte de su vulnerabilidad; este sentimiento proporcionará energía para quitar o tratar la amenaza de daño o pérdida; este signo de alarma percibido alerta a la persona de la necesidad de acción y es la fuerza que conduce los procesos de adaptación, y puede llegar a ser considerada como el primer paso del proceso de la resolución de problemas; desde esta perspectiva, una persona con un estado de equilibrio mental y emocional es capaz de utilizar productiva y creativamente la ansiedad, mientras que para otras personas los estados de ansiedad pueden afectar de manera severa su

estado general de salud e impedir el alcance de las metas planteadas para su proyecto de vida.

En otro orden de ideas, la **depresión** es un trastorno de tipo emocional que afecta el estado de ánimo y del humor, que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente. Puede presentarse a cualquier edad, aunque es poco frecuente en niños, su mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y los 45 años. La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general. La depresión se incluye en el grupo de los trastornos afectivos, dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no sólo la tristeza sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean. Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

Para la medicina y la psicología, la depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal. Las consecuencias más graves de la depresión pueden ir desde el aislamiento social hasta la imposibilidad de cumplir con las tareas académicas, laborales; las personas con manifestaciones graves y cambios en el estado de ánimo, pueden llegar incluso hasta el suicidio.

Es muy frecuente que la persona niegue la existencia del problema y que no acepte recibir ayuda. El tratamiento se debe contar con un comportamiento activo por parte de la persona, ya que incluye desde la asistencia a sesiones de terapia con un orientador, psicólogo o psiquiatra; siendo éste último actor el que podrá sugerir, según la gravedad del caso, el suministro de fármacos con acción antidepresiva. Según los

dos sistemas de clasificación psiquiátrica más utilizados: CIE-10 y DSM-IV, la depresión forma parte del grupo de trastornos afectivos; en tal sentido para efecto de su diagnóstico y tratamiento, los criterios clasificación psiquiátrica de la depresión se pueden resumir en cuatro: 1) Presencia de síntomas, 2) Intensidad de los síntomas, 3) Ciclicidad o alteridad de los síntomas, 4) Tiempo de duración de los síntomas. (Vara, (2006)

En el desarrollo de la depresión, lo habitual es que se produzca una combinación entre un elevado nivel de estrés y la persistencia de algunas emociones negativas. El consumo de drogas es un factor que puede incidir en la aparición de un cuadro de depresión. Son numerosas las manifestaciones clínicas que pueden evidenciarse en los trastornos depresivos, originadas por estimulación de receptores orgánicos responsables de cambios fisiológicos en el organismo entre las cuales podemos mencionar: cambios del humor, sentimientos de tristeza, llanto, sentimientos de culpa, irritabilidad, pérdida de interés por actividades de la vida cotidiana como estudiar, leer, salir con amigos ir al cine.

También pueden observarse trastornos de agitación psicomotriz como: movimiento continuo de las manos o pies, o la incapacidad para mantenerse sentado o en una misma posición. Los malestares físicos pueden incluir aumento de la frecuencia cardíaca y número de respiraciones, cefaleas, náuseas, dispepsias, boca seca y malestares musculares, trastornos gastrointestinales además puede observarse Las relaciones de pareja pueden verse afectadas por, disminución del deseo sexual, puede haber disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

Por otra parte, son muchos los especialistas que aseguran que el sueño (el acto de dormir) es de suma importancia para la vida de cualquier ser humano. A través de éste se recuperan energías y, además, es el momento en que se procesa toda la información recopilada durante

el día. Al dormir, el organismo entra en un estado de reposo uniforme. Éste se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante los estímulos externos. Sobre la base de estas consideraciones, el ***Insomnio y otros trastornos del sueño***, pueden afectar la salud mental de las personas y particularmente la de los universitarios.

Así, el insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador, asociado a trastornos emocionales o por el número de horas nocturnas que se utilizan para desarrollar actividades académicas. El insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. Suele ocurrir cuando la persona se despierta a las 03:00 de la madrugada por ejemplo, y no puede volverse a dormir, situación que puede ocurrir en casos de ansiedad, depresión o estrés; o como consecuencia de preocupaciones de índole familiar, personal o académica. Otra forma de insomnio, está asociada al hecho de despertarse una hora más temprano, del horario habitual, esta situación es considerada como el despertar matutino prematuro o insomnio terminal.

Este trastorno, puede ser estudiado por los especialistas en un laboratorio de sueño, con el propósito de evaluar las alteraciones, de las fases o estadios de sueño, referidas a: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro. Conocido esto, es de suma importancia respetar el tiempo de descanso que oscila entre 7 a 8 horas diarias pues, de lo contrario, pueden presentarse trastornos físicos y psíquicos que afectan el desempeño del individuo. Tal es así, que cada día aumentan las personas que acuden al médico creyendo sufrir un trastorno, cuando en realidad, solo les hace falta dormir lo suficiente. De acuerdo a un estudio realizado por especialistas estadounidenses de la Escuela de Medicina de Harvard y la Universidad de California, y publicado en la revista *Current Biology*, el

mal dormir disminuye el control cerebral de las emociones y hace que las personas reaccionen con mayor irracionalidad.

Por su parte, luego de varios experimentos llevados a cabo con la ayuda de voluntarios, el autor del estudio, Dr. Matthew Walker, profesor de psicología y director del laboratorio del sueño de la Universidad de California, asevera que cuando no se duerme lo suficiente, el cerebro es incapaz de contextualizar los estímulos negativos y darles una respuesta adecuada. Por ende, funciona con patrones más primitivos. La falta de sueño también ha sido relacionada con el riesgo de sufrir obesidad, depresión, mal humor, problemas cardíacos y diabetes. Por otra parte, afecta el desempeño en las actividades de la vida diaria, y para el caso de los estudiantes se ha estudiado como un factor que disminuye el desempeño y el rendimiento académico.

En otro orden de ideas, el **Consumo de Sustancias**, es una situación considerada por nuestra sociedad como un problema social y de salud pública en continuo ascenso. La Organización Mundial de la Salud La Organización Mundial de la Salud, define a la droga como “toda aquella sustancia de origen natural o sintético que introducida al organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste”. Según esta definición, consideramos como drogas, tanto a las de uso legal (café, tabaco y alcohol), como las de uso ilegal (cannabis o marihuana, cocaína, heroína, entre otros.). Sin embargo, la población tiende a relacionar con frecuencia el consumo de sustancias con el uso de las drogas ilegales, aunque en realidad, y particularmente en la adolescencia el consumo predominante es el de las drogas legales, especialmente el alcohol y el tabaco.

El consumo de sustancias es considerado como un factor de riesgo, y como tal, puede favorecer la probabilidad de aparición de un problema o daño a la salud física o emocional, que se deriva del uso y abuso del consumo de drogas, y/o cualquier otra conducta adictiva. Las

organizaciones internacionales reconocen las consecuencias del uso de sustancias psicoactivas, no solo para el individuo que las consumen, sino también para la familia, la comunidad y otras personas próximas al consumidor; en este sentido, dada la preocupación por el tema, a nivel mundial se han desarrollado diversas investigaciones con el propósito de establecer el origen y la trayectoria del problema; y los resultados han determinado la existencia de una multiplicidad de factores con características psicológicas, sociales, familiares y de conducta.

Por otra parte, cabe resaltar que algunas personas pueden iniciar el consumo de sustancias ante ciertas situaciones particulares como: la falta de sueño, un estado de ansiedad y de angustia o cuando atraviesa por un estado de depresión y tristeza. Y para el caso particular de los adolescentes estos pueden iniciarse en el consumo de sustancias por las presiones del grupo al que pertenecen, para obtener su aprobación, en especial si estos jóvenes cursan con problemas de aceptación y baja autoestima; por curiosidad, por desconocimiento de los efectos a los que puede estar expuesto; por soledad, cuando existen problemas de comunicación en el grupo familiar, pertenecen a familias disfuncionales, tienen incapacidad para desarrollar relaciones interpersonales y en el caso particular de jóvenes que viven en otras áreas geográficas y que deben dejar su grupo familiar para iniciar la carrera universitaria.

Sobre las consideraciones anteriores, el consumo de sustancias entre los universitarios, puede evidenciarse a través de numerosas manifestaciones, presentes en las esferas: física, psicológica y social; en este sentido y a manera general se puede observar: cefalea, congestión de las vías respiratorias superiores, tos crónica, aliento alcohólico, alteraciones del apetito y modificaciones de peso, irritación ocular, observando el uso de lentes oscuros en espacios con poca luz, problemas de autoestima, alteraciones del sueño, cambios repentinos de la personalidad, cambios del humor, irritabilidad, hostilidad, incapacidad en el desarrollo de relaciones interpersonales, conflictos familiares, falta de

motivación e incapacidad para cumplir las responsabilidades, conductas antisociales como uso de la mentira y apropiación indebida, inasistencia a las actividades académicas por lo que se observa un descenso marcado en el rendimiento académico e incluso la deserción. Siendo estos últimos objeto de preocupación en la mayoría de los centros de educación superior. A manera de resumen, ciertos modelos y hábitos de consumo social, especialmente de sustancias adictivas como el tabaco, el alcohol y las drogas en general, son factores negativos para el normal desarrollo de las relaciones sociales, familiares, académicas y laborales que pueden dañar el estado de salud mental de una persona. Trayendo como consecuencia trastornos emocionales, como son los problemas de memoria, la pérdida de atención de concentración y la dificultad de aprendizaje, las crisis de ansiedad, los trastornos depresivos, las alteraciones psicóticas y las alteraciones de la personalidad.

Otro de los aspectos a desarrollar en el marco de la salud mental, se refiere al **Estrés** el cual en condiciones normales, es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia. Cuando esta respuesta natural se da manera excesiva, se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano.

En el campo de la Psicología, las teorías interaccionistas del estrés plantean que la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Es decir depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos

para enfrentarse a él según la Teoría de la Apreciación Cognitiva desarrollada por (Lazarus y Folkman, 1984), también y avanzando un poco más, resulta que de las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas (Folkman, 1984) aparece situación de estrés. El estrés puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud. También puede influir sobre la salud de una forma más indirecta a través de "conductas no saludables" destacando, el uso de estrategias de afrontamiento nocivas como fumar, beber alcohol, conductas de riesgo; o bien, inhibir conductas relacionadas con la salud, como el ejercicio físico.

El vivir bajo situaciones estresantes se suele asociar a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para ésta. Se ha visto de igual forma que el apoyo social como es el caso de los grupos de amigos, o pertenecer a grupo deportivos; reduce la frecuencia de conductas no saludables e incrementa las saludables entre las que destacan la práctica de ejercicio físico y evitar el uso de sustancias.

En concordancia con los planteamientos anteriores, es oportuno destacar que el estrés está integrado por tres componentes: el biológico, el psíquico y el social, y es esta la razón que diverso autores han definido al estrés como un problema bio-psico-social. En el desarrollo de numerosos estudios se ha demostrado como la falta de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas puede dar lugar al desarrollo de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, asma, jaquecas, úlcera péptica, dolores musculares, depresión y otros problemas de salud, así como la presencia de conductas de enfermedad (Cockerham, 2001; Siegrisy y Weber, 1986; Turner, Wheaton y Lloy, 1995) citado por (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). Estos estudios también han demostrado que, las personas perciben de manera diferente la amenaza que representan las situaciones

estresantes, haciendo uso de varias habilidades, recursos, y capacidades, tanto personales como sociales, a fin de controlar esas situaciones potencialmente estresantes de acuerdo con los diferentes estilos de afrontamiento utilizadas por cada persona.

Por lo tanto, para el manejo terapéutico del estrés se requiere identificar los factores estresantes, determinar la reacción emocional y conocer las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para controlar el estrés, ya que cada uno de estos elementos puede afectar la percepción y valoración del problema. Sin embargo, la capacidad que tenga la persona de cambiar esa percepción es la herramienta más eficaz para dar una solución efectiva al problema.

En la formación de los estudiantes de Enfermería, pueden presentarse diferentes fuentes de estrés; por lo tanto, es fundamental para las escuelas conocer la evolución de esas fuentes de estrés a medida que el alumno avanza en la carrera y va adquiriendo experiencia con la práctica profesional, la identificación de estos factores permiten determinar qué habilidades potenciar en los estudiantes y así contribuir en el desarrollo de las competencias para el cuidado de las personas, familias y grupos en los futuros profesionales. En este sentido, los resultados obtenidos en numerosas investigaciones realizadas con estudiantes de Enfermería (Zryewsky y Davis, 1987; Mahat, 1996; Sánchez, 1992) citados por (Zupiria, 2006) han identificado que fuentes más comunes de estrés para este grupo de estudio están relacionadas con: la sobre carga académica, las fechas de los exámenes y el desarrollo de la práctica clínica, situaciones personales y de salud, relaciones interpersonales (profesores, amigos y compañeros de clase); las finanzas, estructura familiar; y experiencias con la muerte de los pacientes.

Es evidente entonces, lo importante que es para las instituciones universitarias, y muy particularmente para las ciencias de la salud, el desarrollo de investigaciones sobre la salud mental y con base a los

resultados obtenidos propender por una formación integral de los jóvenes, diseñar programas de ayuda psicológica, que les permita ser individuos hábiles socialmente y con la capacidad para tolerar la frustración y resolver los problemas, con un alto grado de satisfacción con la carrera y su entorno.

II.2.3. Algunas Teorías sobre Salud Mental.

El desarrollo de la ciencia y la tecnología en el último siglo han buscado el conocimiento a través de la expansión de sus bases teóricas. El modelo holístico de salud mental en general, incluye conceptos basados en perspectivas de diversas disciplinas como: antropología, filosofía, educación, psicología y sociología, así como en conceptos teóricos como el de psicología de la persona, psicología clínica, psicología de la salud y la psicología del desarrollo. De igual manera, numerosos profesionales del campo de la salud mental han comenzado a entender la importancia de la diversidad religiosa y espiritual en lo que compete a la salud mental.

En este orden de ideas, son numerosas las teorías que se han planteado para explicar los cambios ocurridos en la conducta humana a lo largo del desarrollo. En consecuencia de acuerdo a la temática de esta investigación, nos centraremos en las teorías relacionadas con la misma.

- a. ***Teoría Psicodinámica o Psicoanalítica.*** Desde las teorías psicodinámicas se postula que la salud mental así como los aspectos patológicos son partes constitutivas de todo individuo. La constitución personal de cada sujeto implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, siendo la proporción de los mismos variable entre personas. En este contexto para Bion (a/o), la capacidad para tolerar la frustración sería una primera capacidad sana que permitirá al individuo en desarrollo, y esta función del pensamiento sería la base de la salud mental.

Esta teoría de principios de siglo XX ha explicado el desarrollo en términos de impulsos y motivaciones inconscientes. Según esta teoría y para su principal impulsor, Freud, el origen de la enfermedad mental se deriva de conflictos psicológicos internos que originan el trastorno mental. En consecuencia la Salud Mental dependerá de las experiencias vividas en las primeras etapas del ciclo vital. Sosa (2004)

- b. **Teorías del Desarrollo de la Personalidad.** Antes de hablar de las teorías de la personalidad, resulta apropiado establecer su significado. Por lo que, a continuación se presentan algunas definiciones: (Kaplan, 2000) define la personalidad, como la “Totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria en condiciones normales; es relativamente estable y predecible”. p.749

Por su parte Eysenck, Citado en la Enciclopedia de la Psicología (2001), se refirió a la personalidad como “Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente” p. 338, Volumen II.

Como bien puede observarse, las definiciones anteriores tienen puntos de coincidencia que se reflejan en la concepción de un conjunto de elementos típicos que el individuo como un todo global, manifiesta cuando se enfrenta a su entorno habitual y que lo diferencia de otros individuos. Entre los elementos que conforman la personalidad, podemos citar: El **temperamento**, el cual es de carácter hereditario, está presente al nacer y tiene una contribución particular en la persona que se manifiesta a través de su conducta; el **carácter** por su parte, es el resultado de la influencia del medio social a través de las experiencias a lo largo del tiempo, sobre el

temperamento, algunos autores aseveran que el carácter es la parte educada de la personalidad.

La **conducta**, se refiere a las manifestaciones de la persona ante una determinada situación, va a depender de los aprendizajes, experiencias, del temperamento y del carácter. En este mismo orden, la **actitud**, es la predisposición persistente a responder favorablemente o desfavorablemente ante una situación dada; y finalmente la **aptitud**, definida como la capacidad de la persona para realizar alguna actividad. (Sosa, 2004)

En cuanto a la, **Perspectiva psicoanalítica de la personalidad**: Esta teoría tuvo sus inicios en la práctica clínica, su principal impulsor fue, Sigmund Freud, y convencido de que los procesos mentales eran más complejos, de lo que se podía observar a través de la conciencia de una persona. Dedicó su trabajo para el desarrollo de la teoría de la evolución de la personalidad. Durante la realización de sus estudios, dividió los aspectos de la conciencia en tres categorías: la primera categoría se refiere al **consciente**, en el cual, las ideas y sentimientos que pueden ser expresados con libertad, incluyendo todas las cosas que se pueden recordar fácilmente.

La segunda categoría, el **preconsciente o subconsciente**, que abarca pensamientos, sentimientos, y deseos que se han olvidado y que se pueden traer a la memoria con facilidad. La tercera categoría, **el inconsciente**, que abarca pensamientos, sentimientos, acciones, experiencias, deseos y sueños que hace incomodar a la persona y que no pueden recordados o llevados al pensamiento conscientemente. En este orden, la información de las experiencias almacenadas en él, ejerce una poderosa influencia dinámica y motivadora sobre la conducta.

En su teoría Freud, parte de la idea de que cada etapa del desarrollo estaría marcada por el deseo y satisfacción de determinados deseos inconscientes, relativos a una determinada función biológica (oral, anal, fálica o genital). Además, la personalidad dependerá de tres instancias y del equilibrio entre las mismas; el Ello (principio del placer), el yo (principio de la realidad), y el Superyo (conciencia). El desarrollo normal estará determinado por la capacidad del niño de avanzar a través de todos los estadios, sin que se produzca estancamiento o fijación en alguno de los mismos, y manteniendo en equilibrio las tres instancias propias de la personalidad. Bonjean, citado por (Cook y Fontaine, 1989).

- c. **Teoría del Aprendizaje:** Esta teoría explica el desarrollo a través de los principios del aprendizaje, bien sea por mecanismos de condicionamiento clásico y operante, o por mecanismos de aprendizaje social, como imitación y modelado. Así, para Watson o Skinner, el resultado del desarrollo dependerá de la historia de refuerzos y castigos que haya recibido un individuo, lo que en definitiva conformará su conducta y desarrollo, mientras que para Bandura, éstas dependerán de la observación e imitación de la conducta de otras personas, a las que consideramos modelos de comportamiento.
- d. **Teoría Conductista:** Se desarrolla principalmente a partir de la primera mitad del siglo XX y permanece vigente hasta mediados de ese siglo, desde sus orígenes, esta teoría se centra en la conducta observable intentando hacer un estudio totalmente empírico de la misma y queriendo controlar y predecir esta conducta. Su objetivo es conseguir una conducta determinada, para lo cual analiza el modo de conseguirla.

Para explicar esta teoría, se plantearon dos variantes: el condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental y operante. El primero de ellos describe una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si sabemos plantear los estímulos adecuados, obtendremos la respuesta deseada, esta variante explica tan solo comportamientos muy elementales. La segunda variante, el condicionamiento instrumental y operante persigue la consolidación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para implantar esta relación en el individuo.

En consecuencia, esta teoría, rechaza el origen orgánico de las enfermedades mentales, asignando el origen en la conducta, la cual es observable y medible. Para la construcción de esta teoría destacan los aportes de las investigaciones realizadas por Skinner, Watson y Pavlov entre otros. Para las Teorías Conductistas, lo relevante en el aprendizaje es el cambio en la conducta observable de un sujeto, cómo éste actúa ante una situación particular.

e. **Teoría Cognitiva:** A través de esta teoría, se intenta explicar el desarrollo desde los procesos intelectuales o cognitivos del individuo. Desde esta perspectiva, el desarrollo avanza como resultado de la evolución de la capacidad de “pensar” del individuo. Algunos teóricos, como Piaget, se centran en la descripción de una serie de estadios evolutivos determinados por mecanismos innatos, atribuyendo al individuo la responsabilidad de este desarrollo, mientras que otros, como Vygotsky, consideran el desarrollo cognoscitivo del individuo resultado de las interacciones sociales con adultos significativos para él.

f. **Teoría Humanista:** Influida por las aportaciones derivadas del conductismo, esta teoría parte de las cualidades únicas de cada individuo como explicación al desarrollo humano. Desde esta

perspectiva cobran especial importancia las motivaciones intrínsecas del individuo, pues éstas determinarán su conducta y su evolución. Así, los procesos psicológicos internos conformarán en último extremo la personalidad y conducta del sujeto. En este sentido, cabe agregar, que esta teoría tiene una visión más optimista o positiva de la persona; autores relevantes de esta perspectiva serían Rogers o Maslow, entre otros.

II.2.4. Modelos y Teorías de Enfermería en Salud Mental.

Para una mayor comprensión de este apartado, hay que señalar que, la Enfermería profesional empieza con Florence Nightingale, desde allí ha recibido la influencia de personajes y acontecimientos, que han marcado el progreso de la profesión, tras la interrelación de los postulados teóricos, éticos y morales acordes, con los diferentes contextos sociales y culturales presentes en cada momento histórico.

Al respecto, la Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una Salud Mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad. Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; es decir, toma en cuenta que la persona, es un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

Por su parte en la actualidad, la Enfermería a lo largo de su desarrollo, posee un cuerpo de conocimientos propios, a través de los cuales ha intentado expandir su ciencia y sabiduría, en consecuencia, la práctica de la profesión enfermera, se fundamenta en la aplicación del método científico y la postulación de modelos y teorías que orientan la administración del cuidado sobre la base de la evidencia científica, cuyo propósito central es el cuidado integral de la persona, familia y comunidad.

Tal como se observa, los modelos y teorías de Enfermería se aplican para facilitar la práctica de Enfermería en los diferentes campos de actuación como la Investigación, la Educación, la administración y la práctica clínica.

Con relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje. En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.

En la práctica clínica; los modelos enfermeros, proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Enfermero. En cuanto al desarrollo de la investigación; las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede rechazar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos. En este contexto, (Marriner y Raile, 2007) en su obra describen los diversos autores de las teorías y modelos conceptuales para la práctica de Enfermería, tales como: Peplau, Orlando, King, Roy, Rogers, Orem, Henderson y Newman entre otros.

De igual manera, resulta oportuno destacar que la Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría ha ido evolucionando a la par que otras áreas de la Enfermería, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos aportados por las ciencias sociales, biomédicas y de la conducta. Se ha

fortalecido además con modelos y teorías propias, hoy reconocidas como tales, dentro de las cuales destacan la teoría de la "relación interpersonal enfermera paciente" de Hildegard Peplau, la teoría de "las necesidades humanas" de Virginia Henderson, la aplicación de la teoría de "adaptación" de Calixta Roy, modelo del "Déficit de autocuidado", de Dorotea Orem; y otros modelos y teorías que han aportado elementos importantes no solo al trabajo de la enfermera en el área de la Salud Mental y Psiquiatría, sino que además han contribuido con sus aportes al manejo integral de la persona sana o enferma, independientemente del lugar en que se encuentre y el problema que tenga.

En este marco de ideas, a continuación se ampliará con mayor profundidad el "Modelo de Adaptación" desarrollado por Sor Callista Roy en 1970, el cual reviste importancia para el presente estudio, por cuanto permite utilizar una teoría, que desde la perspectiva de Enfermería sirva de base para el diseño de un programa de orientación dirigido a desarrollar las estrategias de afrontamiento y adaptación ante las situaciones generadoras de estrés.

En este contexto Roy, define a la salud como, un continuo que va desde la muerte hasta los más altos grados de bienestar. Y toma en cuenta que, la persona, encontrará problemas a los que tiene que ir adaptándose. Por tanto, según sea el grado de adaptación, así será el grado de salud. (Vázquez, 2011). Es así como, Roy señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. (Marriner y Raile, 2007).

Por lo tanto, este modelo, representa una herramienta de gran utilidad para comprender, la función del profesional de enfermería que con su intervención oportuna permite a través de la valoración identificar los factores generadores de estrés y promover el desarrollo de conductas

dirigidas a su afrontamiento; tomando en cuenta que, las personas son sistemas holísticos de adaptación.

En el modelo de adaptación de Roy se describen tres tipos de estímulos ambientales; al factor que pone en marcha la conducta lo denomina estímulo focal, que corresponde al estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el ser humano. Por su parte, los factores del entorno que se le presentan a la persona los denomina estímulos contextuales y los estímulos residuales son aquellos que singularizan a la persona, le dan sentido, en definitiva, constituyen su esencia. La interrelación de estos estímulos conforma el nivel de adaptación, que puede ser integrado, compensatorio o comprometido.

Por otra parte, los mecanismos de afrontamiento hacen referencia a procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a los estímulos ambientales. Establece los mecanismos de afrontamiento como procesos automáticos, y pone de manifiesto que, las experiencias vividas a lo largo de la vida ayudan a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. En este sentido, el campo de actuación de la enfermería estaría orientado a identificar aquellas situaciones, en las que la persona que, se está adaptando presenta reacciones adversas que comprometen su salud, ante esta situación el profesional de enfermería que guía su actuación con base a los cuatro modos adaptativos de la teoría de Roy, puede encontrar una valoración de las conductas que manifiesta la persona y determinar si las mismas son generadoras de estrés.

En este marco de referencia, las conductas que manifiestan adaptación pueden observarse en cuatro modos adaptativos:

a) Modo fisiológico de adaptación: el modo fisiológico se evidencia en las conductas y reacciones fisiológicas observables en la persona con cierto grado de estrés. Encontrar una explicación a través de los conocimientos teóricos puede contribuir a tranquilizar a la persona que

presenta estrés. La enfermera puede intervenir enseñando a la persona a reconocer sus propias reacciones ante estímulos determinados e iniciar técnicas que la ayuden a controlar las reacciones del sistema nervioso autónomo por estimulación simpática, como es el aumento respiración, la frecuencia cardíaca, la sudoración, la elevación de la tensión arterial, etc. El poder ofrecer técnicas como la relajación en todas sus variedades, la respiración profunda, hace que las personas tengan una mayor agudeza sensorial y puedan reducir y llegar a neutralizar dichas respuestas, pues entra en juego la reacción del parasimpático y se establece el equilibrio necesario para mantener la homeostasis interna. Estas intervenciones de enfermería contribuyen a ayudar a la persona a reconocer y manejar su propia reacción estresante.

b) Modo de adaptación del autoconcepto: se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del ser humano. La autoestima, concepto que tiene la persona de sí misma, de unidad, significado y finalidad en el universo para poder existir bajo un sentido. Refleja como se ve y percibe la persona dentro de un grupo, basándose en las reacciones ante el entorno, la persona que tiene una visión de sí misma positiva, una favorable "autoestima" y dispone de forma natural de recursos suficientes para poder afrontar la situación de estrés. En este sentido el profesional de enfermería puede ayudar a la persona, en el reconocimiento de los recursos propios de que dispone y centrar su intervención fundamentalmente en fortalecer estos recursos sin descuidar las debilidades y otros temores. En este contexto, existe la posibilidad de reconvertir una fuente de estrés en un logro positivo y contribuir al desarrollo personal.

c) Modo de adaptación de la función de rol: se refiere a la integridad social, en el que la persona debe saber cómo comportarse y que espera de ella la sociedad, es un modo de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona dentro de la sociedad. El profesional de puede identificar en qué posición se encuentra la persona

socialmente hablando, si está sobrecargada, que actividades desarrolla en la vida diaria. A esto, Roy lo llama el "comportamiento expresivo", qué piensa de su situación, lo que siente, gustos, manías, factores que influyen en el desempeño de su papel. En este sentido, las acciones de enfermería pueden ayudar a la persona a identificar qué papel es insustituible o esencial, cual es importante y lo que representa una sobrecarga, a través de técnicas de reconocimiento de cómo distribuye el tiempo, establecer prioridades y estableciendo espacios para poder trabajar y recrearse conjuntamente.

d) Modo de adaptación de la interdependencia: se describe como la integración social en cuanto a dar y recibir amor, respeto y valor por parte de las personas queridas y de los sistemas de apoyo social. La necesidad básica de este modo de adaptación resulta de la integridad de las relaciones. En este mismo orden, las personas intentan adaptarse cuando se ven delante de situaciones difíciles, buscan ayuda, apoyo, y amor en las personas de su entorno. Por lo tanto, el profesional de enfermería, debe detectar las dificultades que presentan las personas y ofrecer sistemas de apoyo, tanto desde el ámbito social como de los recursos asistenciales existentes dirigidos a ofrecer soluciones al conflicto.

Finalmente, el objetivo de la atención de Enfermería en este modelo, está dirigido a fomentar las respuestas de adaptación, a través de la aplicación de un Proceso Enfermero que consta de seis pasos: valoración de la conducta, valoración de estímulos, formulación de diagnósticos enfermeros, establecimiento de los objetivos, intervención y evaluación. Las intervenciones enfermeras estarán centradas en el manejo de estímulos ambientales, para aumentarlos, disminuirlos o mantenerlos, según sea el caso. De acuerdo con estos planteamientos, el modelo de adaptación de Roy se clasifica como una teoría centrada en el resultado, descrita por (Melesi, 1986) citado por (Marriner y Raile, 2007) como “una concepción bien formulada del hombre, interpretado como cliente de la

enfermería, y de la enfermería, interpretada como mecanismo regulador externo”. p.374

//.2.5. El proceso de Afrontamiento desde la perspectiva de la intervención en estudiantes de Enfermería.

Para la comprensión, del proceso de afrontamiento, se han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: *los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento*. Según (Pelechano, 2000), uno de los autores que más sistemáticamente ha investigado el proceso de afrontamiento en España, no son conceptos contrapuestos, sino complementarios, en donde los estilos de afrontamiento, están representados por las formas estables y consistentes utilizadas por las personas para de afrontar el estrés, mientras que el uso de las estrategias de afrontamiento, se refiere a las acciones más específicas dirigidas al manejo del estrés. La noción de estrategia presenta ventajas con respecto a la de estilo, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, que la han convertido en más atractiva desde la perspectiva de la intervención.

Particularmente, desde la perspectiva de la intervención en estudiantes de Enfermería, según los aportes de (Goetz, 1998) los estudiantes, tienen la imperiosa necesidad de manejar estrategias de afrontamiento puesto que, tienen un alto índice de exposición a situaciones que pueden generar ansiedad en su formación académica, como es el caso del desarrollo de un programa teórico con prácticas clínicas intensivas, por su parte, los factores de riesgo que en su mayoría, afectan a las mujeres, quienes además de tener una carga académica, asumen otros roles (cuidadoras, esposas, madres, cabezas de hogar) condiciones que, las hace más susceptibles a situaciones de crisis, en consecuencia, es necesario manejar el afrontamiento para controlar los factores de riesgo, a través del establecimiento de metas, en ese mismo orden, dirigir acciones de intervención que promuevan en las estudiantes

el desarrollo y fortalecimiento de su autoestima, a sentirse valiosa y apreciada, a expresar sus pensamientos y sentimientos ante los estresores potenciales, puesto que estos varían según las circunstancias de cada estudiante y que están en función de las amenazas percibidas.

Por su parte, la inadecuada administración de los estilos de afrontamiento emocionales, está relacionada con la presencia de mayores deterioros en la salud de cada estudiante y con sus comportamientos, a tal efecto, (Guarino, 2004), en cuanto a los estilos de afrontamiento, describe el estilo activo como el más efectivo, considerando que con su desarrollo las personas que estarán menos propensas a enfermarse. En este mismo sentido, (Park y Adler, 2003) asumen que el estilo de afrontamiento que las personas utilizan influye en la percepción de su salud, y para ello hacen una extensa revisión de la bibliografía que así lo comprueba. Sobre esa base, realizaron un estudio que buscó comprobar si el estilo de afrontamiento predecía cambios en el bienestar físico y psicológico en un grupo de estudiantes de medicina de primer año.

Para ello, realizaron mediciones de las variables al inicio y al final del periodo a estudiar, encontrando que los estilos de afrontamiento no variaban con el tiempo. Además, al relacionarlas con la salud, demostraron que los estudiantes que utilizaron como estilo la reinterpretación positiva y la planeación del problema al inicio del año reportaron menos deterioro en su salud al final del año, que aquellos que utilizaron estilos emocionales y de evitación.

La adopción de estos estilos de afrontamiento específicos tuvo, incluso, repercusiones importantes sobre el éxito académico de los estudiantes al final del primer año de sus carreras. La intervención no puede dirigirse solamente a valorar la vida del estudiante, sino a evaluar la calidad de su vida, asimismo, es importante incluir servicios de salud mental; por su capacidad de observación y comunicación, de identificación, valoración y evaluación.

A manera de conclusión, los estudiantes de Enfermería a ser formados como profesionales deben promover la salud y ser un recurso para la salud, por ello, es conveniente que respondan a un perfil profesional que promociona la salud y el bienestar como un proceso y un producto, significa entonces, que la práctica profesional encierra la administración de un cuerpo de conocimientos teóricos, que conlleva a un proceso de análisis para el desarrollo de un pensamiento crítico, con el objetivo de desarrollar intervenciones oportunas de enfermería en las áreas de promoción, prevención y mantenimiento integral de la salud de las personas, grupos o comunidades, donde se desarrollen las actividades asistenciales, en un todo de acuerdo con el perfil profesional.

II.2.5.1. Instrumentos de Medición para el Afrontamiento:

Las estrategias para afrontar de forma pasiva o activa una situación estresante, han sido aportes de investigadores como Rippere (1977), Coyne y cols., (1981), WOC (Escala de Modos de Afrontamiento, de Folkman y Lazarus, 1985), Moos (1988), COPE (Inventario de Respuestas de Afrontamiento, de Carver, Scheier y Weintraub, 1989), CSI (Inventario de Estrategias de Afrontamiento, de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, (1989), adaptación española de Cano, Rodríguez y García, 2006), Frydenberg y Lewis (1996), CID (Inventario de Afrontamiento de Depresión, de Vázquez y Ring, 1996); todos estos autores y sus estudios, analizan sólo cómo la gente afronta una situación anímica negativa, tomando como criterio de orden los dominios de afrontamiento cognitivo, afectivo y conductual, haciendo caso omiso (respecto al orden) de la calificación activo/pasivo-evitativo, por ser poco precisa (basada en un “voluntarismo”, o bien en problemas simples ajenos a la complejidad real de la vida), teniendo en cuenta que habría que calificar una estrategia de una u otra forma en función de su efectividad para afrontar una determinada situación o problema.

En este sentido, el uso de estrategias de afrontamiento en la salud mental de los estudiantes de Enfermería, ante las situaciones estresantes, toma en consideración los postulados teóricos de la psicología social de (Montero, 2006), quien se apoya en las consideraciones actitudinales que refiere (Pozo, 2001), sobre la actitud, como la predisposición de valorar en favor o en contra una situación, según este planteamiento, la actitud, está relacionada con preceptos intrínsecos del individuo que se centra en las creencias, ideas y opiniones que constituyen el conocimiento referente a la situación o caso en particular que lo predispone favorable o desfavorablemente, evidenciándose en su comportamiento; es decir, en las acciones emprendidas ante un evento en particular.

A tal efecto, se pueden señalar tres componentes en la actitud que se expresan en: predisposiciones más o menos estables o duraderas de creencias, opiniones y conocimientos, dotadas de una carga afectiva en su forma de actuar consistente y coherente a favor de actividades normativas; al relacionarla con el afrontamiento en la salud mental de los estudiantes de enfermería, tiene que ver con un entorno social particular que comprende un sistema de relaciones económicas, sociales y humanas dentro de un período precisable en el tiempo, como sujeto cognoscente de los objetos para establecer explicaciones generales o particulares sobre los objetos que conforman esa realidad, se apoya en las teorías del aprendizaje que estudia el comportamiento del individuo en el contexto social.

Por su parte, (Perlman y Cozby, 2001), definen la actitud como: “una predisposición adquirida, aprendida relativamente estable de valorar y actuar en la realidad. “(p.34); en cuanto al estudio de las actitudes, estas, contribuyen a explicar las diversas formas de reaccionar el individuo ante una situación dada. Asimismo, estos autores destacan que, las actitudes son expectativas acerca de la propia conducta de los individuos y se vincula con los aspectos de la vida social.

Un este mismo sentido, (Pozo, 2001), establece que, para estudiar la actitud en las personas se deben tomar en cuenta sus los tres componentes que la conforman: el conductual que tiene una carga afectiva y que, se refiere a las preferencias o rechazos, y que se relacionan con el componente cognitivo, el cual se centra en los conocimientos o creencias que la persona tenga; cuya consistencia depende en gran medida de la interrelación y congruencia existente entre cada uno de los componentes.

En ese mismo orden de ideas, para el estudio de la actitud, se debe tomar en cuenta el aprendizaje social y el aprendizaje de habilidades sociales por modelación o modelamiento, corriente que se apoya en la teoría del aprendizaje social cognitivo de (Bandura, 2001), cuando afirma:

El modelamiento sirve no solo para adquirir conductas nuevas (deseables como ayudar a un compañero que lo necesita, pero también indeseables, como las conductas violentas), sino incluso para inhibirlas (el aprendiz que evita conductas disruptivas cuando ve que a otros se les castigan) o para desinhibirlas o facilitarlas (recuperar conductas agresivas que teníamos inhibidas cuando vemos que otros las usan con éxito). p. 245).

Por lo tanto, el modelamiento, o aprendizaje por observación, tiene ante todo una función informativa tanto de las conductas que pueden desarrollarse, como de las consecuencias que de esas conductas se deriven; en consecuencia, el aprendizaje de habilidades sociales surge por la influencia del modelamiento, como uno de los procesos más relevantes para la adquisición de las actitudes, el cambio de actitudes, el aprendizaje de representaciones sociales, así como la asimilación de las representaciones sociales.

En este sentido, es oportuno señalar que, el aprendizaje derivado por modelamiento, a través de la observación de algunas pautas de comportamiento, puede verse reflejado posteriormente en el desarrollo de una conducta dada ante la presencia de una situación similar; para este

caso, se toma como ejemplo; aquel estudiante exitoso que ha superado situaciones estresantes tanto personales como generales durante su carrera; y que para apoyar a los estudiantes de nuevo ingreso o aquellos que se ven afectados por situaciones que les dificulta la permanencia y culminación exitosa de la carrera universitaria, desarrollan actividades de consejería con base a sus propias experiencias de aprendizaje.

Es decir, como el aprendizaje de conductas del modelo se adquiere cuando existen diferentes estímulos que inducen al observador a imitar; modelos significativos que están a su alrededor, significa entonces, que a través de la imitación las personas pueden desarrollar conductas adecuadas e inadecuadas; que han sido percibidas en el modelo observado, y por consiguiente puede actuar por imitación y aprender nuevas conductas.

Tal es el caso, del aprendizaje de estrategias de afrontamiento por los estudiantes universitarios, para el control de los acontecimientos estresantes de la vida diaria, que les permita para resistir, aprender y crecer en las situaciones adversas propias del periodo de formación universitaria, desarrollando una actitud favorable para enfrentar con éxito las situaciones de ansiedad; este sentido de confianza, puede ser desarrollado por los universitarios con base al comportamiento y las conductas que han observado en los compañeros que están finalizando la carrera.

Así, la capacidad de aprendizaje de las estrategias de afrontamiento para el control de los acontecimientos estresantes, permite al estudiante percibir en muchos de los factores de riesgo derivados de sus propias experiencias de vida y de su actividad académica, y en consecuencia, podrá manejar de manera adecuada los estímulos, en su propio beneficio e incorporarlos dentro de un plan personal de metas, transformándolos en algo consistente con el sistema de valores propios, de lo contrario el

manejo inadecuado de los factores de riesgo se convierte refleja en el desarrollo de trastornos emocionales.

Es evidente entonces que, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de la persona y de su adecuado desarrollo y aplicación, dependerá la calidad de vida y el bienestar psicológico. En este sentido, las estrategias de afrontamiento han sido consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos, como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Por su parte, Zaldivar citado por (Díaz, 2010) plantea que, “El afrontamiento al estrés, al ser positivo pudiera ser un factor protector de la salud y al ser negativo pudiera ser un factor de riesgo para enfermar.”

Según (Lazarus, 1996), “Los modos de afrontamiento al estrés serían las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales empleadas para manejar y tolerar al mismo, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio.” En este contexto, (Lazarus y Folkman, 1986) citados por (Díaz, 2010), plantean que afrontar no es equivalente a tener éxito, y piensan que tanto el afrontamiento como las defensas deben verse como algo que puede funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones.

En este mismo orden, Los autores anteriormente señalados, plantean dos estilos de afrontamiento; los activos centrados en la solución del problema, y los pasivos que se dirigen al control de la emoción; la interrelación que existe entre ambos, facilitan el control conductual y emocional provocando una respuesta de adaptación. Por su parte las estrategias centradas en el problema y dirigidas a la modificación de alguna de las situaciones estresantes, resultarán positivas sólo en aquellos contextos que permitan la puesta en práctica de esfuerzos por ejercer algún tipo de control, en este sentido, se observa que el estilo centrado en la solución de problemas potencia una actitud más activa,

esperanzadora y optimista para enjuiciar y afrontar la existencia, sobre todo si el estilo asumido esta contextualizado, independientemente de los ajustes que proporcionan los estilos de afrontamiento centrados en la emoción.

Esto puede ser, una de las razones por las cuales se valora que las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema potencien, más bienestar y calidad de vida que las centradas en el control de la emoción. Resulta oportuno para efectos del presente trabajo, destacar que, los estilos y estrategias pueden ser puestos en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por qué ser entendidas propiamente como estresantes, sino como aquellas formas que la persona utiliza para hacer frente a las situaciones y que demandan la movilización de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales en el intento de reducir o eliminar las experiencias perturbadoras o estresante.

Por su parte, numerosas investigaciones han estudiado el afrontamiento en su relación con el estrés y la enfermedad, considerada esta última como un evento estresante. Sin embargo Lazarus y Folkman citados por (Díaz, 2010), reconocen el valor que tiene el uso de los estilos de afrontamiento, no solo en el contexto de la enfermedad, sino también, dentro de otros contextos como son la familia, el campo educativo, y el trabajo, y por esta razón, recomiendan ampliar su estudio en estos ámbitos. Lo antes planteado, resulta una fortaleza desde el punto de vista teórico para el desarrollo de la presente investigación.

En este mismo orden, las aportaciones teóricas de (Lazarus, 1996) para el desarrollo del inventario de estrategias de afrontamiento en la Salud Mental y el autocontrol, en donde las estrategias de afrontamiento son la capacidad natural que tiene cada individuo para protegerse frente a todo estímulo que le genere, cualquier nivel de, angustia, dolor, ansiedad o sufrimiento. Este ***Inventario de Estrategias de Afrontamiento*** (EA) modificado en su adaptación española (Cano, F., et

al., 2007), donde se incluyen siete (7) subescalas para su evaluación, las cuales se presentan de la siguiente manera:

Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva: indica un afrontamiento adaptativo basado en el problema, bien sea cambiando la situación, o bien su significado.

Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye dos subescalas: ***Apoyo Social y Expresión emocional***, refleja un afrontamiento adaptativo basado en el manejo de las emociones que surgen del proceso estresante.

Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye dos (2) subescalas: ***Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo***, indica un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien sea evitando las situaciones estresantes o bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras.

Manejo inadecuado centrado en la emoción: Incluye las subescalas: ***Retirada social y Autocrítica***, sugiriendo un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias que surgen de la agrupación empírica de las secundarias como son: ***Manejo adecuado:*** que incluye resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo Social y Expresión emocional reflejando esfuerzos activos y adaptativos para compensar la situación estresante. ***Manejo inadecuado:*** incluye las subescalas de Evitación de problemas, pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, provocando un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Con base a los indicadores de este instrumento, se busca medir la capacidad que tienen las personas para anticipar su respuesta ante la presencia de problemas o situaciones conflictivas, y considera que, las

reacciones emocionales y las respuestas o soluciones alternativas que se deriven del estímulo tiene que ver con la **resolución de problemas**, en tal sentido, la idea es evitar la aparición de un estado de preocupación o ansiedad, o desarrollar mecanismos similares a la inmunización, que le permitan responder de una manera efectiva al enfrentarse en el futuro a situaciones similares; este carácter demostrado en el aprendizaje de la conducta para el desarrollo de una respuesta.

En ese mismo sentido, (Pennebaker y Susman, 1988) se refieren a la **expresión emocional**, como los esfuerzos que realiza una persona para controlar, demostrar u ocultar sus propios sentimientos frente a las respuestas emocionales; cuando esta respuesta se manifiesta con el propósito de liberar las emociones, recibe el nombre de descarga emocional, esta manifestación ha sido descrita como, catarsis, cuya función consiste en permitir a la persona, liberar las emociones, expresar los propios sentimientos, llegando a desarrollar manifestaciones emocionales intensas, tales como: llorar, gritar, o hasta dirigir y liberar la agresividad hacia un objeto determinado, la expresión emocional canalizada correctamente puede resultar eficaz para afrontar determinadas situaciones o experiencias difíciles de la vida diaria. En este mismo orden, este mecanismo, tiene similitud con el método catártico psicoanalítico (descarga de las emociones - por ejemplo, llanto - vinculadas a un acontecimiento traumático inconsciente, a través de su vivencia en el presente), hablar, comunicar las preocupaciones, expresar las emociones, tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan comportamientos obsesivos, con el paso del tiempo, como de somatizar y de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica.

Por su parte, el **apoyo social**, como estrategia de afrontamiento, según Lazarus, consiste en acudir a otras personas del entorno (pareja, familiares, amigos); asistir de manera voluntaria a organizaciones o grupos y formar parte de ellos, o consultar de manera directa a profesionales tales como: abogados, psicólogos, psiquiatras,

orientadores, entre otros, con el objetivo de buscar el apoyo necesario ante una determinada situación, este apoyo puede ser de carácter instrumental como por ejemplo, dinero ante una necesidad económica; de carácter informativo o de apoyo emocional. En este orden, el apoyo social, implica compartir los problemas con otros, pero sin tratar de hacerles responsables de ellos, es decir, sin derivar la culpa de los acontecimientos a los que, ofrecen su apoyo o ayuda.

En este mismo contexto, se describe la **reestructuración cognitiva**, o reevaluación positiva, considerada como la capacidad que se tiene de, modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que la persona tenga, o haya tenido, es decir, fijarse en lo positivo, esta capacidad expresa optimismo, y una tendencia a ver el lado positivo de las cosas y considerarse afortunado. Por ejemplo, considerar el problema de forma relativa, y observarlo como un estímulo para el desarrollo personal; de esta manera se puede afrontar directamente la situación estresante y desarrollar acciones directas dirigidas a mantener la tranquilidad emocional.

Por su parte, la **autocrítica**, constituye una estrategia de afrontamiento, que se fundamenta desde el punto de vista teórico, en la autopercepción que se tenga de sí mismo, y que le permita manejar el control sobre sí mismo; la autocrítica, ha sido estudiada como una forma de afrontar la situación en una reacción de autoevaluación desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta llegar a la construcción de conceptos y razonamiento lógico sobre una situación para afrontarla. Es decir está dirigida a, pensar y estudiar el problema, analizar los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias efectivas para solucionarlo.

El **pensamiento desiderativo**, considerado como, la fuerza del deseo de que ocurra algo, tiende a sesgar el buen juicio sobre la probabilidad de que ocurra. La persona, expresa deseos acerca de que

no ocurra el problema y/o sus consecuencias, por lo que, algunos autores también lo consideran como, pensamiento evitativo. La persona, puede estar convencida de que, para evitar males mayores, debe postergar, quizá indefinidamente, la expresión de una conducta verbal o motriz y, por tanto, la satisfacción de la necesidad percibida que subyace a la misma.

El **escape/evitación**. Consiste en el distanciamiento, desconexión cognitiva, o evasión; que utiliza una persona para apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que le afecte emocionalmente, “Sacar el problema de la mente”, o también puede darse el empleo de un pensamiento irreal, mágico o improductivo , “Ojalá hubiese desaparecido esta situación”, o de un pensamiento desiderativo, expresando el deseo de que la realidad no fuera estresante, fantasear sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras, realizar actividades de distracción como: ver televisión, oír música, leer un libro o tocar un instrumento musical; conductas desarrolla actividades de autocuidado, como: arreglarse, vestirse bien, hacer deporte; ordenar cosas, salir solo o con amigos a divertirse, o también pueden desarrollarse estrategias negativas reductoras de tensión o paliativas, como: comer en exceso, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos. En este sentido, el afrontamiento orientado a la evitación se refiere al uso de estrategias evasivas dirigidas a rodear o evitar la situación estresante, que incluiría distanciamiento conductual y mental, negación o del humor, es una forma pasiva para afrontar situaciones estresantes.

En este mismo orden, la **evitación de problemas**, consiste en la evitación intencional de ideas, recuerdos (pensar en problemas), deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables (que producen malestar). Es un mecanismo consciente que tendría lugar a nivel de la “segunda censura”, que Freud sitúa entre el consciente y el preconscious. Es una exclusión fuera del campo de conciencia actual, y donde desempeñan una función primordial las motivaciones morales.

La **retirada social** de la interacción con el mundo, a través de la cual la persona, en lugar de hacer frente a los problemas y retos con la adopción de acciones eficaces, asume conductas negativas, este elemento, constituye un componente clave para el desarrollo de las adicciones. El sentimiento de falta de amor verdadero de los padres, lleva a recurrir o induce a la autosatisfacción a través del uso de sustancias como por ejemplo las drogas, desarrolla conductas inapropiadas, entre las cuales destaca las ludopatías. En la retirada social la persona puede aislarse, por lo que no desarrolla expresiones de amor y afecto a las personas de su entorno.

Luego de las consideraciones anteriores, es oportuno señalar que, el ser humano a lo largo del proceso de desarrollo, busca adaptarse continuamente a los cambios que debe experimentar, tratando de lograr el equilibrio entre su organismo y el medio ambiente; sin embargo en ocasiones los factores de riesgo presentes en el medio, pueden desencadenar trastornos emocionales, con manifestaciones de orden psicosomático, o desarrollar conductas inadecuadas como las adicciones, situaciones que afectaran su calidad de vida y por ende su Salud Mental.

Por su parte, los estudiantes universitarios y en mayor medida los de nuevo ingreso, están expuestos a factores de riesgo producto de las exigencias académicas, con un exceso de responsabilidades a las que se deben enfrentar, como las constantes evaluaciones, la preparación y desarrollo de exposiciones y realización de trabajos; así como a las presiones familiares, económicas y sociales que sin darse cuenta provocan alteraciones emocionales. En este sentido, si bien es cierto que una cierta dosis de tensión, ha sido considerada como un factor necesario para el desarrollo de las potencialidades del estudiante; las elevadas cargas de tensión emocional, si no son canalizadas correctamente pueden afectar su desempeño y generar problemas reales de salud.

En este sentido, si bien es cierto que los estudiantes en su intento por adaptarse a estas situaciones, aplican algunas estrategias de afrontamiento, para superar con éxito las exigencias de su entorno; en la realidad existen muchos universitarios no han desarrollado suficientemente bien los mecanismos de afrontamiento, por lo que pueden desarrollar conductas de adaptación inadecuadas.

Por consiguiente, las instituciones universitarias, deben desarrollar investigaciones, para determinar estos problemas, y sobre la base de sus resultados generar soluciones oportunas, que aportará beneficios para la colectividad estudiantil y para la misma institución. Por su parte, el desarrollo de estrategias de afrontamiento no solo es de utilidad para la comunidad estudiantil, en el aprendizaje de herramientas para afrontar las experiencias de la vida académica y familiar, sino que además representa una oportunidad para los docentes, por cuanto, adquirirán mayor control de los factores estresantes durante el proceso de enseñanza para el logro de aprendizajes significativos.

De acuerdo con los planteamientos realizados, con el propósito de generar sobre la base de los resultados, un programa psicoeducativo dirigido a los estudiantes universitarios para promover la Salud Mental, a continuación se presentan las bases legales que le dan sustento a ésta investigación, entre las que destacan: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Ley Orgánica de Educación, Ley de Universidades, Ley de Servicio Comunitario y la Ley del Ejercicio de la Enfermería.

Bases legales:

En cuanto a la salud, la Constitución de La República Bolivariana de Venezuela en el Artículo 83, establece que es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los

servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

De igual manera, el Artículo 84, refiere que, para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará, un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones, sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Por su parte, la *Ley Orgánica de Educación (2009)*, desde el Capítulo I, referido a las Disposiciones Fundamentales, en cuanto al Objeto de la Ley, desde su Artículo 1 expresa que, la necesidad de desarrollar los principios y valores rectores, derechos, garantías y deberes en educación... orientada por valores éticos humanistas para la transformación social, así como las bases organizativas y de funcionamiento del Sistema Educativo de la República Bolivariana de Venezuela.

Al referirse al Estado docente, en el Artículo 6, establece: “Los servicios de orientación, salud integral, deporte, recreación, cultura y bienestar a los y las estudiantes que participan en el proceso educativo en corresponsabilidad con los órganos correspondientes”; marcando una

clara intencionalidad del servicio social que ha de prestar las instituciones de educación a su entorno, es decir, a las comunidades.

Así mismo, el Artículo 19, se promueve la formación de ciudadanos y ciudadanas a través de la participación protagónica y corresponsable del estudiantado junto a los demás integrantes de la comunidad educativa en los diferentes ámbitos, programas, proyectos educativos y comunitarios. Asimismo, en el Artículo 31, hace referencia a la educación universitaria que profundiza el proceso de formación integral y permanente de ciudadanas y ciudadanos críticos, reflexivos, sensibles y comprometidos social y éticamente con el desarrollo del país, iniciado en los niveles educativos precedentes.

Por su parte, la *Ley de Universidades (1970)*, en las disposiciones fundamentales señala en el Artículos 1, La universidad es una comunidad de intereses espirituales que reúne a profesores y estudiantes en la tarea de buscar la verdad y afianzar los valores trascendentales del hombre. En este sentido, en su Artículo 3, refiere que, Las universidades deben realizar una función rectora en la educación, la cultura y la ciencia. Para cumplir esta misión sus actividades se dirigirán a crear, asimilar y difundir el saber mediante la investigación y la enseñanza... Así como inspirarse en los valores democráticos, de justicia social y solidaridad humana, además debe promover la participación ciudadana a fin de mejorar la calidad de vida de la población, pues por sus principios es el ente propicio para el diálogo, encuentro de acuerdos positivos y actividades encaminadas a erradicar la pobreza, la intolerancia, la violencia el analfabetismo, el hambre, el deterioro del medio ambiente y la inseguridad.

En este contexto, la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (2005), se fundamenta en el artículo 135 de la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, al precisar en su última parte que, quienes aspiren al ejercicio de cualquier

profesión, tienen el deber de prestar servicio a la comunidad durante el tiempo, lugar y condiciones que determine la ley, en concordancia con lo previsto en el Artículo 1; así mismo propone los principios constitucionales de solidaridad, responsabilidad social, igualdad, cooperación, corresponsabilidad, participación ciudadana, asistencia humanitaria y alteridad.

El Artículo 4, de la referida ley, define el servicio comunitario, como la actividad que deben desarrollar en las comunidades los estudiantes de Educación Universitaria, que cursen estudios de formación profesional, aplicando los conocimientos científicos, técnicos, culturales, deportivos y humanísticos adquiridos durante su formación académica, en beneficio de la comunidad, para cooperar con su participación al cumplimiento de los fines del bienestar social, de acuerdo con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

El Artículo 7, establece: el Servicio Comunitario tiene como fines: Fomentar en el estudiante, la solidaridad y el compromiso con la comunidad como norma ética y ciudadana, hacer un acto de reciprocidad con la sociedad, enriquecer la actividad de Educación Universitaria, a través del aprendizaje servicio con la aplicación de los conocimientos adquiridos durante la formación académica, artística, cultural y deportiva; y por último, integrar las instituciones de Educación Universitaria con la comunidad, para contribuir al desarrollo de la sociedad venezolana.

Finalmente, *Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería de Venezuela (2005)* establece la normativa legal que regula las actuaciones y las funciones de Enfermería para la protección de la salud, definiendo la naturaleza y el propósito de la profesión de enfermería. En este marco de ideas, en el Artículo 4 se señala: El profesional de la enfermería ejerce sus prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la

experiencia y educación continua. En este mismo, refiere que la práctica en el cuidado del individuo, se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el profesional de la Enfermería y el paciente, familia y comunidad, cuidando, rehabilitando, promoviendo la salud, previniendo y contribuyendo a una vida digna de la persona.

Todo lo señalado en este apartado debe ser tomado en consideración para que podamos entender o comprender el devenir de la Enfermería en Venezuela que estudiaremos a continuación.

II.2.7. La Enfermería en Venezuela.

Partiendo de que, el objetivo fundamental de la Enfermería es cuidar, entonces, la práctica de la Enfermería ha estado presente a lo largo de la humanidad. En este sentido, varios autores entre ellos (Colliere, 1993 y Sellán, 2010) sostienen que el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie, y se constituye como la práctica de cuidados más antigua. En este contexto, para que el arte de cuidar sea realmente un arte y la persona cuidada tenga un cuidado de calidad se necesita tiempo. En ese tiempo se pone en práctica conocimiento teórico, conocimiento práctico y, todo ello, requiere de un marco institucional que favorezca una praxis de calidad; un marco donde sea posible cuidar al ser humano, es decir, donde existan las condiciones estructurales con la organización de establecimientos acordes para el ejercicio de dicho cuidado.

El desarrollo histórico de la Enfermería en Venezuela, ha pasado por las etapas clásicas de la evolución universal, en consecuencia, los estudios de Enfermería han estado estrechamente relacionados al proceso histórico, social, político y económico propio del desarrollo del país y a la organización del sistema de salud. (Sánchez, 2011) La práctica de Enfermería, comenzó como un período empírico de los cuidados propios de los pueblos indígenas, pasando por una atención a los enfermos en el hogar, acompañados de sentimientos cristianos, vocación

y afecto, hasta evolucionar hasta un periodo científico y técnico, que permitió la creación de los primeros programas de formación de enfermeras y el surgimiento de una educación formal hasta la actualidad.

Como en otras regiones del mundo, a finales del siglo XIX la Enfermería en Venezuela estaba en manos de órdenes religiosas, que desarrollaban el cuidado en centros de salud. En esta época la práctica de enfermería estaba centrada en una dimensión técnica, subordinada a la medicina curativa. Los estudios de Enfermería entre los años 1837-1900 se concentraron en la formación de enfermeras obstétricas. Es en 1937, ocurre la institucionalización de enfermería, como consecuencia de las nuevas demandas del sector salud, los cambios sociales y demográficos, cuando nace la Escuela Nacional de Enfermeras (ENE) dependiente del Ministerio de Educación y hacia la década de los años 50 del siglo pasado, por decreto presidencial se establecen los reglamentos que promueven el desarrollo de las distintas escuelas en Venezuela, otorgando el título de **enfermera profesional**. Posteriormente con la creación de las unidades sanitarias se fue desarrollando la orientación preventiva, de igual manera se crea la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja” con una modalidad de formación de 2 años de internado en un régimen semestral. A finales de los años 50 del siglo pasado, surgieron nuevos cambios en la formación de enfermeras, por decreto presidencial se crea un nuevo reglamento dirigido a la formación de Enfermeras. En este reglamento, se especificaron dos planes de estudios: Un plan de cuatro años a ser desarrollado por personas con educación primaria completa, que incluía materias profesionales y un ciclo de educación secundarias; el título otorgado era de **profesional de la Enfermería**. Un segundo plan de estudios con una duración de tres años que exigía tener el certificado de educación secundaria, debía registrarse por el plan de estudios y abarcar la totalidad de las asignaturas del primer y segundo año del ciclo de educación secundaria, se otorgaba el título **profesional de la Enfermería** más la equivalencia derivada de la educación básica.

En la trayectoria de la Educación en Enfermería, la formación de profesionales en Venezuela hasta 1966 correspondía al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), aun cuando otras instituciones como la Cruz Roja también contribuían con esta formación, y es a partir del año 1966 cuando se iniciaron los estudios universitarios en el país, en 1969, el departamento de Docencia e Investigación de la División de Enfermería del MSAS, con la asesoría de enfermeras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y Oficina Panamericana Sanitaria (OPS), se elaboraron programas para el desarrollo cursos postbásicos en administración y supervisión, enfermería materno-infantil y médico-quirúrgica entre otros, los cuales fueron desarrollados e las escuelas nacionales de Enfermería de Caracas, Valencia, Barquisimeto, Cumaná, Mérida y San Cristóbal con una duración de nueve meses y un contenido teórico práctico.

Para la década de los años setenta del siglo pasado, la reforma de la educación trajo cambios en el sistema educativo y por ende, en el sistema de formación de enfermeros. Es así mediante decreto, se implanto de manera oficial el Ciclo Diversificado de Educación Media, en el cual se incluyeron estudios de educación asistencial, entre ellos el de enfermería, lo cual trajo como consecuencia el aumento de los distintos niveles de formación: enfermeras profesionales hasta 1972, bachilleres asistenciales, con mención Enfermería (1972-1988), licenciados en Enfermería egresados de los programas universitarios, y finalmente la preparación de auxiliares de enfermería. Esta situación generó una fragmentación de la enfermería, que posteriormente condujo a la necesidad de unir esfuerzos e función de una integración entre los sectores docencia, asistencia y gremio. Sánchez (2011)

Siguiendo este marco de ideas, se presenta en orden cronológico la formación universitaria de Enfermería en Venezuela, de estos estudian resulta la obtención del título de **Licenciados en Enfermería**. Universidad del Zulia (1966), Universidad de los Andes (1967); y en el año 2006 se da inicio a la especialidad en Enfermería de Cuidado al paciente en estado

crítico bajo la coordinación del departamento Médico-Quirúrgico. Universidad de Carabobo (1984), y para el año 1992 desarrolla los estudios de maestría en Enfermería en: Administración de los Servicios de Salud y Enfermería, Perinatología, Salud Reproductiva, Cuidado del Adulto Críticamente Enfermo y Gerontología y Geriatria. En el año 2003 egresan de esta universidad las primeras doctoras, del doctorado en Cuidado Humano. En 1980 se crea la Escuela de Enfermería en la Universidad experimental Rómulo Gallegos, donde también se desarrollan algunas maestrías en diferentes áreas de la carrera. Universidad de oriente (1980). En 1988, se adscribe la Escuela Nacional de Enfermería (ENE) al Núcleo de Ciencias de la Salud del Instituto Universitario Politécnico de la Fuerza Armada Nacional (UNEFA) otorgando el título de Técnico Superior en Enfermería Civil. Universidad Centrooccidental Lizandro Alvarado (1994). En este mismo contexto, en el país existen otros institutos tanto públicos como privados, que desarrollan programas de formación en Enfermería, con una duración de tres años y que otorgan el título de Técnico Superior en Enfermería, así, Colegio Universitario de Enfermería Centro Médico de Caracas, Colegio Universitario de Enfermería dela Cruz Roja Venezolana, y Colegio Universitario de los Teques Cecicilo Acosta, este último adscrito al Ministerio de Educación Superior, Misión Sucre, donde la carrera de Enfermería fue incorporada oficialmente mediante decreto en el año 2006.

II.2.7.1. Evolución de la Escuela de Enfermería de la ULA.

El 10 de Marzo de 1967, inicia sus actividades la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, creada como un Centro de Estudios Superiores de Enfermería y en el segundo semestre del mismo año fue aprobada como Escuela de Enfermería, con un plan de estudios diseñado de ocho (8) semestres para estudiantes regulares, con 152 unidades-créditos, a la par de este plan se ejecutó otro plan con duración de cuatro (4) semestres denominado plan complementario con el cual se les dio facilidades a las enfermeras de nivel medio con título de Bachiller

para que cursaran estudios y obtuvieran el título de Licenciados en Enfermería, a estas enfermeras se les valió su experiencia previa, cursos realizados y de acuerdo a sus credenciales podían obtener el título de Licenciados en un tiempo no menor de cuatro (4) semestres.

Este plan se cerró en el año 1975. En el año 1972, se realizan modificaciones en el plan de estudios original, reestructurándolo en tres (3) ciclos: Básico, Pre-clínico y Clínico, siguiendo el mismo esquema de la carrera de Medicina. En el año 1975 se inicia una serie de acciones que llevarían a la creación de la comisión curricular, encuentros inter escuelas, establecer estrategias y metodologías, que llevaron finalmente a la unificación de criterios y elaboración de un diseño curricular único aprobado en el año 1983 con duración de diez (10) semestres, un total de 26 asignaturas y 217 unidades-créditos, que constituye el plan de estudios vigente.

En 1992, da inicio el Programa de Profesionalización, con la responsabilidad de diseñar el proceso de profesionalización de los bachilleres asistenciales, mención Enfermería, el desarrollo de este programa se sustenta en las premisas de la educación a distancia y el estudio-trabajo participante, en el cual no se requiere la relación permanente y continua en los establecimientos universitarios, aspectos que lo ubican en un sistema educativo innovador. En la actualidad este programa se desarrolla en Mérida como sede principal y posee extensiones en Barinas, Táchira, Valera, Guanare, Apure y Lara, que son áreas de influencia de la parte académica de la ULA.

En la actualidad la Escuela de Enfermería sostiene una matrícula superior a los setecientos cincuenta estudiantes regulares y mil setecientos estudiantes del sistema de profesionalización y prosecución de técnicos superiores.

II.2.7.2. Cultura Organizacional de la Escuela de Enfermería.

La carrera de Enfermería de la ULA, se desarrolla en X Semestres a lo largo de un periodo de 5 años, en el cual se desarrollan 26 asignaturas teórico-prácticas, con un número de créditos de 216 y un promedio de 36 horas/semana; las prácticas clínicas para el logro de las competencias disciplinares y genéricas para la gestión del cuidado, se inician en el II Semestre: La conducción del proceso enseñanza aprendizaje está a cargo de profesores de la Escuela de Medicina para el desarrollo de algunas asignaturas como: anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, fisiopatología, microbiología y parasitología. Las asignaturas propias de la carrera son conducidas por Licenciados en Enfermería quienes son responsables del desarrollo de los componentes propios requeridos en cada asignatura, mediante la aplicación de estrategias educativas dirigidas a fomentar la participación activa durante la clase; de igual manera son responsables de monitorizar, supervisar, guiar y formar a los estudiantes durante las experiencias prácticas, y propiciar el desarrollo de las capacidades actitudinales y profesionales.

En este sentido y respondiendo a los objetivos de la formación universitaria de Enfermería los estudiantes deben desarrollar competencias genéricas entre las que destaca: habilidad para el trabajo en equipo, análisis crítico de la información, liderazgo, tomas de decisiones, y respeto, entre otras (Leininger, 1991); y las competencias profesionales propias de la disciplina, necesarias para desarrollar las funciones de: asistencia, investigación, docencia y gestión (Falcó, 2004).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es evidente que en este ambiente de aprendizaje se genera un alto nivel de estrés tanto para el discente como para el docente, siendo estos últimos quienes deben demostrar capacidades en los dominios del saber aprender: autorregulación de la propia práctica y el trabajo conjunto con otros académicos; dominio del saber: investigación para la producción de conocimiento, teorías y metodologías educativas, así como la cultura

organizacional de la institución; dominio del saber hacer: destrezas didácticas para facilitar al estudiante el desarrollo de habilidades para otorgar cuidados; dominio del ser: óptimas relaciones interpersonales con sus pares y estudiantes, de modo de constituirse como modelos de formación (Illesca, Cabeza, Nuin, Jürschik, J. 2010).

Para el caso de los estudiantes que ingresan y permanecen en la Escuela de Enfermería; la mayoría se encuentran entre los periodos del ciclo vital que corresponden a la adolescencia tardía (15 – 19 años) y/o adulto joven (15 -24 años) según la OMS; estas etapas , están ligadas a la consolidación de los procesos de interacción social, de definición de identidad, afirmación de la personalidad, conformación del perfil psicológico, desarrollo del proceso en la toma de decisiones y adquisición de responsabilidades; en este periodo se construye un sistema propio de valores, proyectos de vida, elección y prosecución de la carrera para su desempeño profesional.

Cabe destacar, que esta etapa de madurez se desarrollará de manera individual de acuerdo a las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelve este grupo de población. Sin embargo, en esta etapa puede presentarse inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar nuevas vivencias o la incapacidad para tomar una decisión adecuada, situaciones que en ocasiones combinadas con problemas de baja autoestima, hacen que esta etapa algunos jóvenes sean susceptibles de desarrollar conductas inadecuadas que ponen en riesgo la salud mental.

Aunado las características antes descritas, algunos de estos universitarios en especial los de nuevo ingreso, se muestran un tanto desmotivados para la vida universitaria, situación que puede haberse desencadenado por el hecho de no haber tomado la decisión correcta a la hora de elegir la carrera, lo que incide directamente en el proceso de

enseñanza-aprendizaje, trayendo como consecuencia un bajo rendimiento académico, desinterés y deserción.

Es así como, podrían explicarse la aparición de problemas emocionales en estos universitarios, lo que sugiere la necesidad de diseñar y desarrollar programas de orientación dirigidos a la detección oportuna y control de los acontecimientos estresantes que permita a estos jóvenes afrontar, resistir, aprender y crecer en las situaciones adversas propias del periodo de formación universitaria, y que les permita alcanzar las metas, permanecer y culminar con éxito la carrera universitaria de Enfermería.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

III.1 Objetivos de la Investigación

III.1.1. Objetivo General:

Evaluar el uso de estrategias de afrontamiento y el perfil de salud Mental de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Los Andes.

III.1.2 Objetivos Específicos:

1. Establecer las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería.
2. Evaluar el estado de Salud Mental General en los estudiantes de enfermería a través de la aplicación del Goldberg GHQ-28.
3. Estimar las necesidades de atención psicológica y/o psiquiátrica en los sujetos objeto de estudio.
4. Indagar la relación existente entre estudios y salud en los estudiantes de enfermería circunscritos al estudio.
5. Describir los hábitos personales y generales ante el consumo de diferentes sustancias en los estudiantes de enfermería.
6. Determinar las estrategias de Afrontamiento Activo del estrés utilizadas por los estudiantes objeto de estudio.
7. Determinar las estrategias de Afrontamiento Pasivo del estrés utilizadas por los estudiantes de enfermería.

Hipótesis General:

El uso de estrategias de afrontamiento favorece significativamente la salud mental de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de los Andes.

III.2. Metodología.

III.2.1. Tipo y diseño de investigación:

Para la realización de este estudio y abordar el problema, se desarrolló una investigación de carácter descriptiva, dentro del paradigma cuantitativo. Con relación al nivel descriptivo de la investigación, (Arias, 2006) refiere que: “consiste en la caracterización de un hecho o fenómeno con el fin de establecer una estructura o comportamiento.” (p. 24). Corresponde al paradigma cuantitativo en razón a lo expuesto el mismo autor: “...es la interpretación de datos apoyándose en las ciencias particulares la estadística para precisar con objetividad la variable a medir.” No obstante es importante señalar que aunque este tipo de investigación no establece de forma directa relaciones causales, puede aportar indicios sobre las posibles causas de un fenómeno. Se utilizó como estrategia el diseño de campo tipo transaccional o transversal descriptivo porque los datos fueron recolectados directamente de los sujetos investigados, sin manipular o controlar variable alguna, aplicando los instrumentos de medición en un solo momento.

III.2.2. Población en estudio:

Para efectos de esta investigación la población en estudio se conformó por el total de 156 estudiantes del I, V y X Semestre A-2010 pertenecientes a la carrera de Enfermería de la Universidad de los Andes, quienes participaron de manera voluntaria tras aceptar el Consentimiento Informado (Anexo A), por lo tanto la muestra estuvo constituida por 57 estudiantes para el I semestre, 22 del sexo masculino y 35 del sexo femenino; 55 estudiantes para el V semestre, 5 del sexo masculino y 50 del sexo femenino; 44 estudiantes del X semestre, 9 del sexo masculino y 35 del sexo femenino; según se presenta en la Tabla I.

Tabla I. Población y Muestra en Estudio

Periodo académico	Estudiantes		Total
	Masculino	Femenino	
I semestre	22	35	57
V semestre	5	50	55
X semestre	9	35	44
Total	35	120	156

Fuente: Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Mérida – Venezuela

III.2.3. Técnica y procedimiento de recolección de datos:

Para el desarrollo de la investigación, la técnica utilizada fue la encuesta en la modalidad de cuestionario, el cual en opinión de Briones (2008), es una "...técnica que encierra un conjunto de recursos destinados a recoger, proponer y analizar informaciones que se dan en unidades y en personas de un colectivo determinado." (p. 51).

Para la recolección de datos se realizaron los siguientes pasos:

1. Se solicitó ante la Dirección de la Escuela de Enfermería de la ULA Mérida- Venezuela la autorización para desarrollar el estudio.
2. Se realizó una reunión con las autoridades y profesores de la escuela de Enfermería que tienen relación directa con los estudiantes de los I, V y X semestres A-2010 seleccionados para el estudio, con la finalidad de, explicar la importancia y los objetivos de la investigación, y solicitar de manera formal la colaboración necesaria para su desarrollo, de tal manera que se permita un espacio dentro de la jornada académica para hacer el abordaje a los estudiantes y proceder a la aplicación de los instrumentos.

3. Una vez programada la actividad con los profesores, se realizaron reuniones con cada grupo de estudiantes, al inicio de cada reunión se dio lectura a la carta de la Presidenta de los estudiantes de la UAM Erika Torres, en la que les invitaba a participar en el estudio y los motivaba a integrarse como miembros de la red de estudiantes del proyecto Salud Mental. Esta actividad despertó el interés de los estudiantes expresando sus deseos de participar.
4. Luego de captar la atención de cada grupo, se procedió a explicar los objetivos de la investigación, se dieron las instrucciones para el correcto llenado de las encuestas y se hizo entrega del consentimiento informado (Anexo 2), aclarando que las encuestas eran de carácter anónimo, y que la participación sería de forma voluntaria, explicando que los datos obtenidos solo serían utilizados con fines metodológicos y que los resultados se emitirían de manera global, dando cumplimiento con los requisitos éticos y legales de toda investigación clínica epidemiológica.
5. Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos seleccionados para el estudio. Una vez recolectada la información se procedió al procesamiento de los datos para la presentación de los resultados obtenidos.

III.2.4 Sistema de variables y operacionalización.

Para la realización del presente estudio, las variables fueron: estrategias de afrontamiento y el nivel de Salud Mental de los estudiantes de Enfermería, cada una de ellas con sus respectivas dimensiones, demarcadas en indicadores y sub indicadores, tal y como se presentan operacionalizadas en la Tabla II en correspondencia con los objetivos de la investigación.

Tabla II. Operacionalización de las Variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores	Ítems
Salud Mental en estudiantes de enfermería de la ULA Mérida-Venezuela	Salud general de Goldberg GHQ-28	Trastornos recientes y actuales	Síntomas Somáticos. Ansiedad e Insomnio. Disfunción Social. Depresión Severa.	Subescala A (1-7) Subescala B (1-7) Subescala C (1-7) Subescala D (1-7)
	Ayuda Psicológica	Atención psicológica y/o psiquiátrica	Antes A lo largo En la actualidad de la carrera Principales razones	(1-4) (5) (1) 1= nada 2= poco 3= bastante 4= mucha
	Estudios y Salud	Factores influyentes	Negativos en la calidad de vida Demanda de tiempo y atención que tiene la carrera sobre la vida del estudiante Expectativas de la carrera Evaluación de expectativas en la carrera Grado de satisfacción	(2) ___ Con ninguna ___ Solo con alguna ___ Con bastantes ___ Con la mayoría (3) 1= nada 2= poco 3= bastante 4= mucho (4) 1= nada 2= poco 3= bastante 4= mucha (5)
	Hábitos	Grado de consumo	Entre los estudiantes de la facultad Personal Sustancias combinadas	1= nada 2= poco 3= bastante 4= mucha 1= nunca 2= puntualmente 3= esporádicamente 4= habitualmente 5=diariamente ___ Si ___ No
Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los estudiantes de enfermería ante las situaciones estresantes.	Afrontamiento	Activo	Resolución de Problemas (REP)	1, 9, 17, 25, 33
			Expresión Emocional (EEM)	3, 11, 19, 27, 35
			Apoyo Social (APS)	5, 13, 21, 29, 37
			Reestructuración Cognitiva (REC)	6, 14, 22, 30, 38
	Afrontamiento	Pasivo	Autocrítica(AUC)	2, 10, 18, 26, 34
			Pensamiento Desiderativo (PSD)	4, 12, 20, 28, 36
			Apoyo Social (APS)	7, 15, 23, 31, 39
			Evitación de Problemas (EVP)	7, 15, 23, 31, 39
			Retirada Social (RES)	8, 16, 24, 32, 40

Fuente: Elaboración propia.

III.2.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Los instrumentos según (Sabino, 2008) son recursos utilizados por el investigador para acercarse a los a los fenómenos y extraer de ellos información. Cuyo contenido debe cumplir rigurosamente con los pasos del método científico. En tal sentido, para el desarrollo de este estudio los instrumentos utilizados se describen a continuación.

1. Características Sociodemográficas (Anexo 3): edad, género, ubicación académica, estado civil, condiciones económicas y de salud. De construcción propia.
2. El cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28; el test de ayuda psicológica, el de estudios y salud, así como el de hábitos, las cuales constituyen en su conjunto el llamado (GHQ-28 plus) de Pastor y Aldeguer, que incluye el test de Goldberg (Anexo 4), y ha sido utilizado en Venezuela por Morales (2010), Arias (2011) y Zambrano (2011), en investigaciones con estudiantes universitarios. El GHQ-28 consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tuvo cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. Los encuestados subrayaron la respuesta elegida y, como se les indicó previamente, se limitaron a escoger de acuerdo a su situación en las últimas semanas, y no en el transcurso de sus vidas, como indicativo de alteración en la salud mental. Se indagó en la percepción subjetiva que tenían los estudiantes sobre su estado de salud mental.
3. El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Anexo 5), (Coping Strategies Inventory, CSI, Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984), en su adaptación española por Cano, F. y col. (2007) instrumento diseñado a partir del inventario de Folkman y Lazarus (1980) El

cual ha sido agrupado en dos grandes escalas: Una primera escala: **Afrontamiento activo del estrés:** que permite medir, la resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés. Y una segunda escala: **Afrontamiento pasivo del estrés:** que incluye, la evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

III..6. Procesamiento y análisis de los datos.

En cuanto al procesamiento y análisis de los datos una vez concluida la recolección de la información, se procedió a realizar las siguientes actividades:

1. Se procedió a revisar cada uno de los ejemplares correspondientes a los instrumentos aplicados, con el propósito de verificar que fueron respondidos en su totalidad por parte de los estudiantes de enfermería sujetos de investigación; y se encontró que hubo ítems que quedaron sin responder, ante lo cual se consideró pertinente ajustarlos como valores perdidos (VP).

2. Se elaboró una base de datos para registrar las respuestas emitidas por los estudiantes de cada semestre sujetos de investigación en cada uno de los instrumentos utilizados, y se tomo en cuenta para su construcción los valores perdidos (VP)
3. Una vez elaborada la base de datos se realizó el análisis estadístico utilizando el programa estadístico SPSS 17.
4. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas fueron Las variables cualitativas y los resultados obtenidos se presentan mediante el cálculo de frecuencias absolutas para cada modalidad y relativas, expresadas en porcentajes en concordancia con cada uno de los indicadores. La representación gráfica utilizada fue el diagrama de barras.
5. Para las variables cuantitativas, en un primer momento se estudió si dichas variables presentaban distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se aplicó la prueba de Kruskal Wallis para ver si las diferentes variables de los distintos instrumentos se modificaban cuantitativamente en todos los semestres.
6. Para el caso del instrumento del Inventario de Estrategias de Afrontamiento se aplicó el ANOVA de un factor. En donde el valor de $p = \geq 0,05$.

CAPITULO IV

IV.1. RESULTADOS

Una vez procesada la información recolectada para el desarrollo de este estudio, en este capítulo se presenta y analizan los resultados derivados de la base de datos, utilizando la estadística descriptiva, con el propósito de evaluar el comportamiento de cada una de las variables establecidas para esta investigación, de acuerdo con los objetivos planteados.

IV. 1.1. *Características Sociodemográficas*

Las condiciones sociodemográficas, según el Comité de Expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) implica las características que envuelven el entorno del individuo y que lógicamente le permiten adaptarse al medio en el cual vive, así como su capacidad de participar o contribuir en forma constructiva a las modificaciones necesarias de su ambiente físico y social.

En este sentido, este instrumento fue aplicado a estudiantes de enfermería de la Universidad de los Andes de Venezuela, núcleo Mérida, específicamente a los estudiantes de los I, V y X semestres del curso académico A-2010. La muestra estuvo constituida por 57 bachilleres del I semestre, 55 del V semestre y 44 del X semestre, con las siguientes características:

Tabla III

Distribución de frecuencia por Sexo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Sexo					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		Masculino	%	Femenino	%
I semestre	N=57	21	37	36	63
V semestre	N=55	5	9	50	91
X semestre	N=44	9	20	35	80

De acuerdo con los resultados de la Tabla III, para el I semestre se entrevistaron 21 individuos de sexo masculino equivalentes al 37% y a 36 individuos de sexo femenino correspondientes al 63% de la población que integraba dicho semestre; mientras que para el V semestre se aplicó el instrumento a un grupo integrado por 5 individuos del sexo masculino equivalentes al 9% y a 50 individuos del sexo femenino correspondientes al 91% de la población total del semestre; en tanto que para el X semestre, se entrevistaron a 9 individuos de sexo masculino equivalentes al 20% y a 35 individuos del sexo femenino correspondientes al 80% de la población que integraba dicho semestre; así se representan gráficamente en la figura 1.

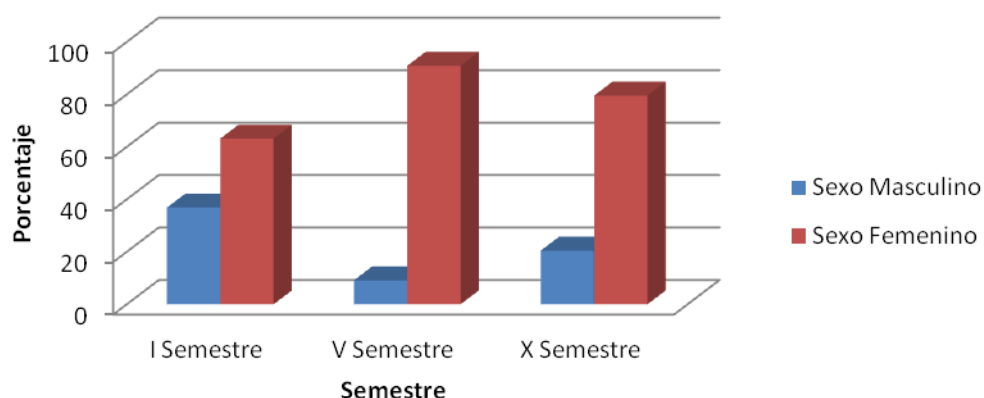


Figura 1. Gráfica de los datos sociodemográficos: para el sub indicador: Sexo.

Tabla IV

Distribución de frecuencia por Edad.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS											
Rango de Edad											
Periodo académico	N	Frecuencia									
		17-20	%	21-24	%	25-28	%	28-32	%	32-40	%
I semestre	N=57	48	84	7	12	0	0	2	4	0	0
V semestre	N=55	10	18	32	58	3	6	4	7	6	11
X semestre	N=44	0	0	25	57	9	20	6	14	4	9

Según los resultados obtenidos, en la Tabla IV la edad para el I semestre de los 48 estudiantes (84%) presentó un recorrido entre 17 y 20 años, en (7) (12%) entre 21 y 24 años; y en 2 (4%) entre 28 y 32 años lo que equivale al 4%.

Para el V semestre la edad de 10 estudiantes (18%) osciló entre 17 y los 20 años, 32 (58%) entre 21 y 24 años, 3 (6%) entre 25 y 28 años, 4 (7%) entre 28 y 32 años y 6 (11%) entre 32 y 40 años.

Para el X semestre la edad de 25 estudiantes (57%) entre 21 y 24 años, 9 (20%) entre 25 y 28 años, 6 (14%) entre 28 y 32 años, y 4 (9%) entre los 32 y 40 años, tal como se representan en la figura 2.

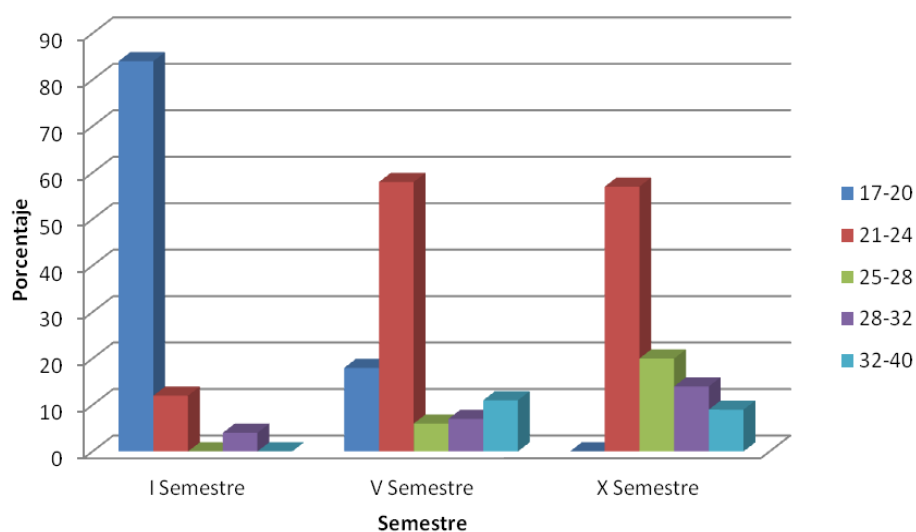


Figura 2. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Edad.

Tabla V

Distribución según el Estado Civil.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS											
Estado Civil											
Periodo académico	N	Frecuencia									
		C	%	S	%	D	%	V	%	UL	%
I semestre	N=57	2	4	55	96	0	0	0	0	0	0
V semestre	N=55	10	18	42	76	0	0	0	0	3	6
X semestre	N=44	4	9	35	80	0	0	0	0	5	11

C=Casado/a, **S**=Soltero/a, **D**=Divorciado/a, **V**=Viudo/a, **U**=Unión libre

De acuerdo con Tabla V, para el I semestre el estado civil de los entrevistados fue, 2 estudiantes (4%) Casados/as y 55 (96%) Solteros/as. Para el V semestre 10 estudiantes (18%) Casados/as, 42 (76%) Solteros/as, y (6%) estaban en Uniones Libres. En el X semestre el estado civil de los entrevistados 4 estudiantes (9%) Casados/as, 35 (80%) Solteros/as, y 5 (11%) estaban en Unión Libre, (figura 3).

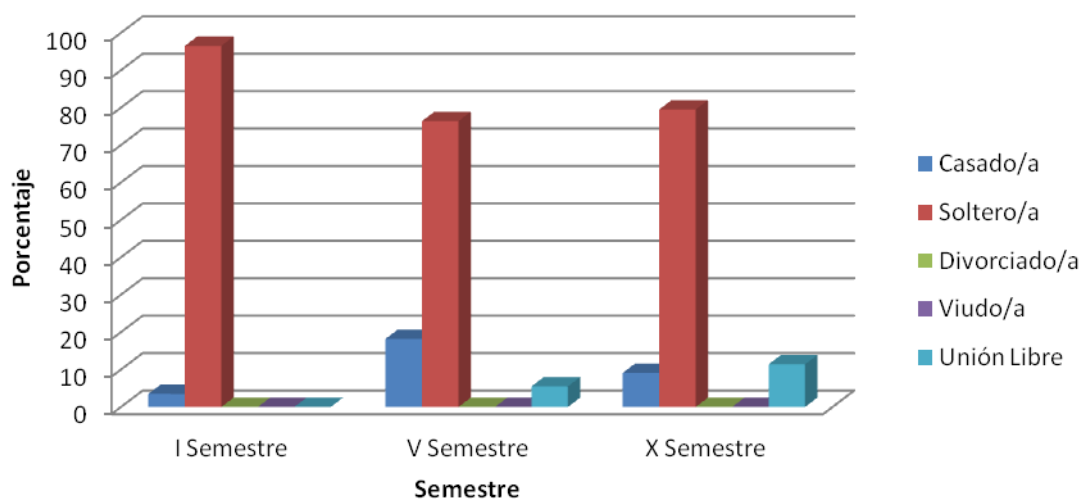


Figura 3. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Estado civil.

Tabla VI

Distribución de frecuencia por hijos.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Hijos					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	55	96	2	4
V semestre	N=55	42	76	13	24
X semestre	N=44	38	86	6	14

Como puede observarse en la Tabla VI, para el I semestre 55 estudiantes (96%) afirmaron no tener hijos/as, mientras que 2 (4%) si tienen hijos; en tanto que para el V semestre 42 estudiantes (76%) afirmaron no tener hijos/as, mientras que 13 (24%) tenían hijos; y finalmente, en el X semestre 38 estudiantes (86%) no tienen hijos/as y 6 (14%) declararon tener hijos, (figura 4).

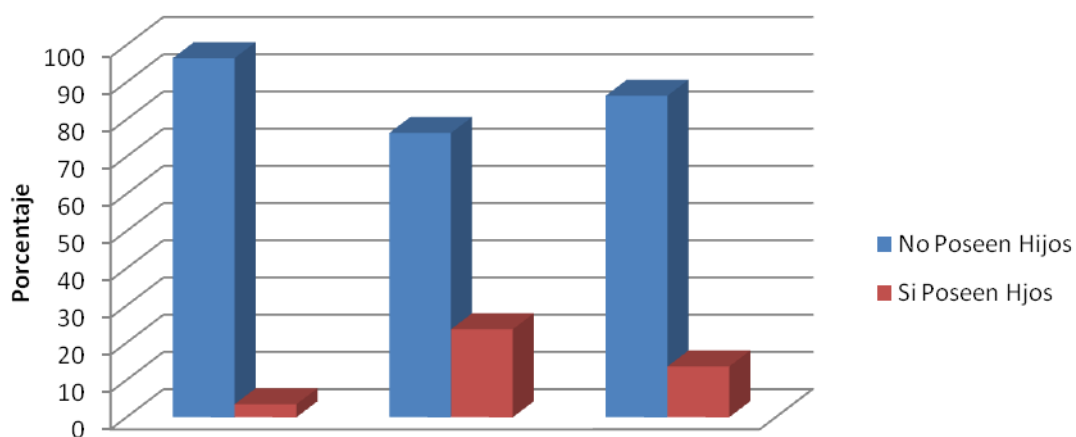


Figura 4. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Hijos.

Tabla VII

Distribución de frecuencia por número de hijos.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS									
Cantidad de Hijos									
Periodo académico	N	Frecuencia							
		1 hijo	%	2 hijos	%	3 hijos	%	4 hijos	%
I semestre	N=2	2	100	0	0	0	0	0	0
V semestre	N=13	10	77	2	15	1	8	0	0
X semestre	N=6	6	100	0	0	0	0	0	0

Como puede verse en la Tabla VII, del total de estudiantes, para el I semestre el 100% con hijos solo tienen un hijo. Para el V semestre, 10 (77%) tienen 1 hijo, 2 (15%) afirmaron tener 2 hijos y 1 (8%) afirmó tener 3 hijos, en el X semestre 6 (100%) afirmaron tener solo 1 hijo, (figura 5).

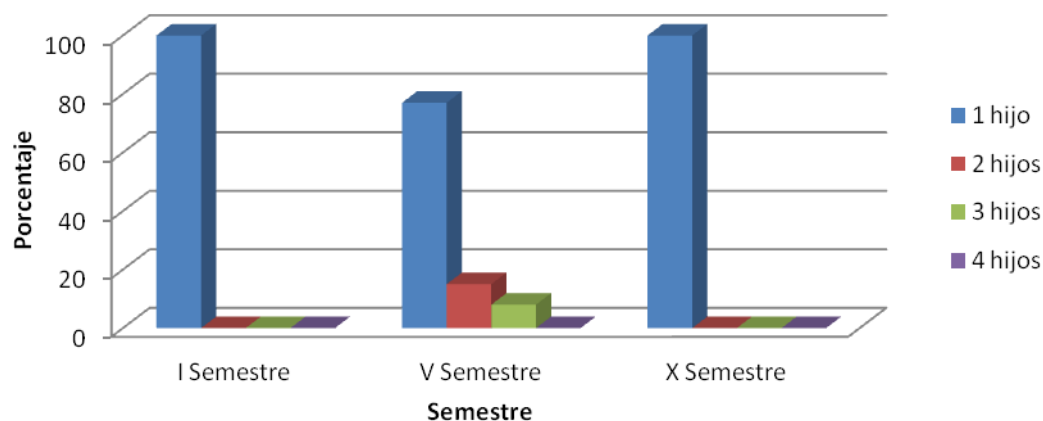


Figura 5. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Número de hijos.

Tabla VIII

Distribución para la variable Embarazo Actual.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Embarazo actual					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	56	88	1	12
V semestre	N=55	51	93	4	7
X semestre	N=44	44	100	0	0

Según se muestra en la Tabla VIII del total de estudiantes, para el I semestre 56 (88%) afirmaron no estar embarazadas, mientras que 1 (12%) afirmó estar embarazada; en tanto que para el V semestre 51 (93%) afirmaron no estar embarazadas, y 4 (7%) afirmó estar embarazada; para el X semestre el 100% de la población en estudio confirmaron no estar embarazadas para el momento de la recolección de datos, (figura 6).

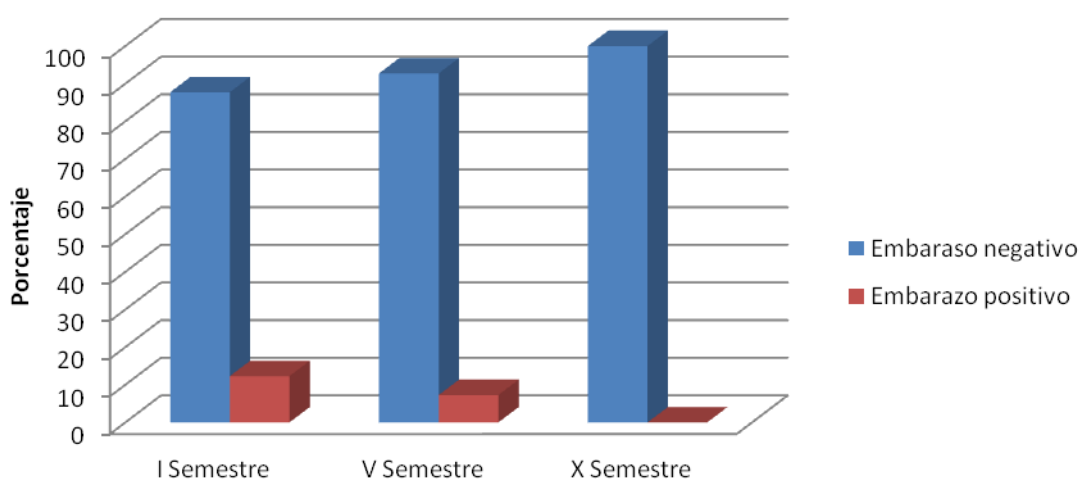


Figura 6. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: embarazo Actual.

Tabla IX
Distribución para la variable Trabajo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Trabajo					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	50	88	7	12
V semestre	N=55	41	75	14	25
X semestre	N=44	20	45	24	55

De acuerdo con los resultados de la Tabla IX, del total de estudiantes, para el I semestre 50 (88%) afirmaron no estar trabajando actualmente, mientras que 7 (12%) si trabaja, en tanto que para el V semestre 41 (75%) manifestaron que no trabajaban, mientras que 14 (25%) afirmaron contar con un trabajo, y finalmente para el X semestre 20 estudiantes (45%) declararon no estar trabajando, y 24 (55%) afirmaron contar con un trabajo, (figura 7).

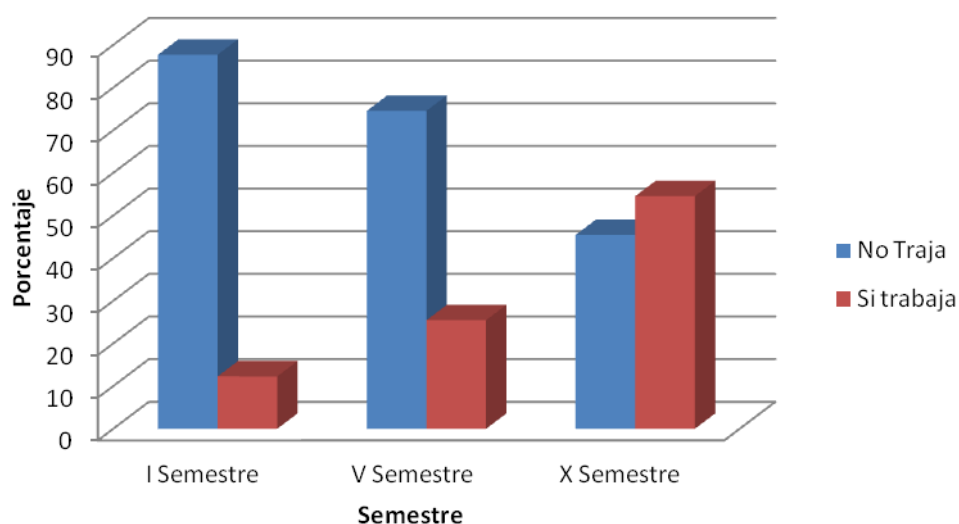


Figura 7. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Trabajo.

Tabla X

Distribución para la variable Accesibilidad a becas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Accesibilidad a las becas					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	57	100	0	0
V semestre	N=55	33	60	22	40
X semestre	N=44	20	45	24	55

De acuerdo con la Tabla X. para el I semestre el 100% de los estudiantes afirmaron no tener becas, en tanto que para el V semestre 33 (60%) afirmaron no tener becas, mientras que 22 (40%) declaró contar con una beca, y finalmente para el X semestre 20 (45%) afirmó no tener beca, mientras que 24 (55%) afirmaron contar con becas, (figura 8).

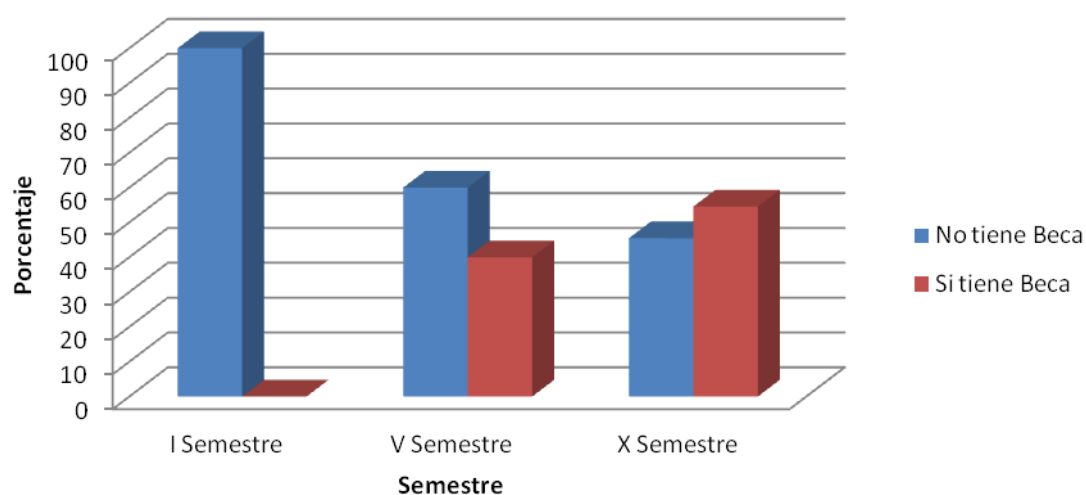


Figura 8. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: accesibilidad a becas.

Tabla XI

Distribución según problemas familiares.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Problemas Familiares					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	48	84	9	16
V semestre	N=55	52	95	3	5
X semestre	N=44	42	95	2	5

Como puede verse en la Tabla XI, del total de los estudiantes, para el I semestre 48 (84%) afirmaron no tener problemas familiares en la actualidad, y 9 (16%) declararon tener problemas familiares; para el V semestre 52 (95%) afirmaron no tener problemas familiares, mientras que 3 (5%) declaró tener problemas familiares; y finalmente, para el X semestre 42 (95%) afirmó no tener problemas familiares y 2 (5%) refirió tener problemas familiares en la actualidad; (figura 9).

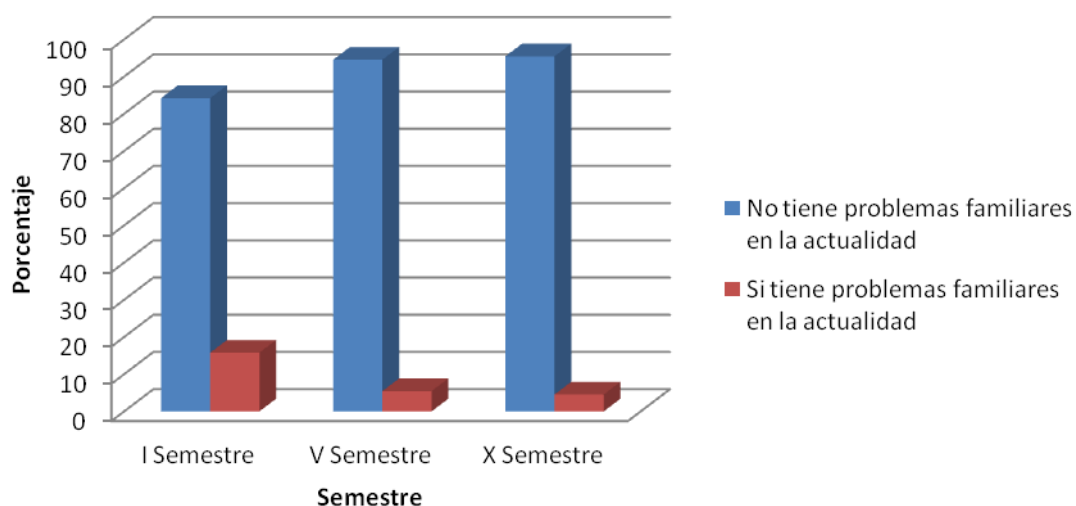


Figura 9. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Problemas familiares.

Tabla XII

Distribución según materias pendientes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Materias Aplazadas					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	57	100	0	0
V semestre	N=55	55	100	0	0
X semestre	N=44	44	100	0	0

Según la información de la Tabla XII, el 100% de los estudiantes estudiados en los semestres I, V y X respectivamente, afirmaron no tener materias, tal como se muestra en la figura 10.

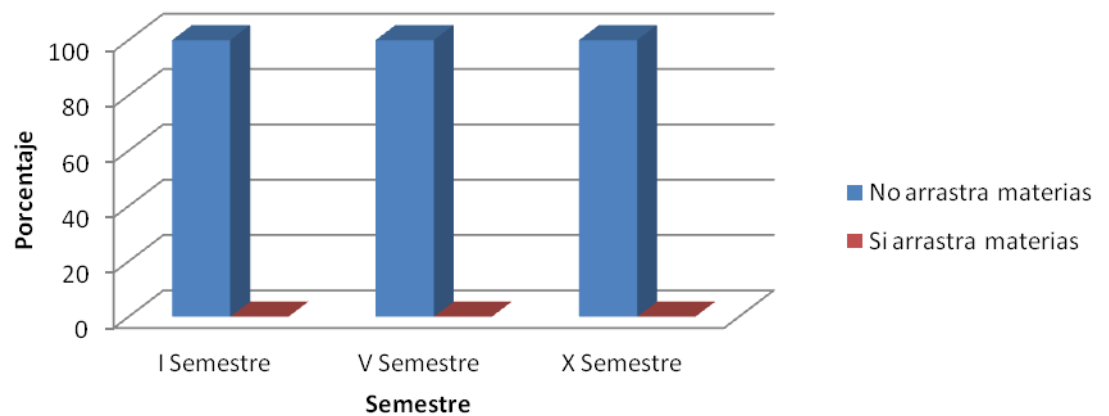


Figura 10. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Materias aplazadas.

Tabla XIII

Distribución según preocupaciones actuales.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Preocupaciones Actuales					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	47	82	10	18
V semestre	N=55	36	65	19	35
X semestre	N=44	28	64	16	36

En la Tabla XIII se muestran los resultados de la variable preocupaciones actuales, observando que del total de los estudiantes, para el I semestre 47 (82%) afirmaron no tener preocupaciones, mientras que 10 (18%) declararon tener problemas; en tanto que para el V semestre 36 (65%) afirmaron no tener problemas, mientras que 19 (35%) afirmaron tener problemas; y finalmente, para el X semestre 28 (64%) afirmaron no tener problemas en la actualidad y 16 (36%) declaró tener problemas en la actualidad; (figura 11)

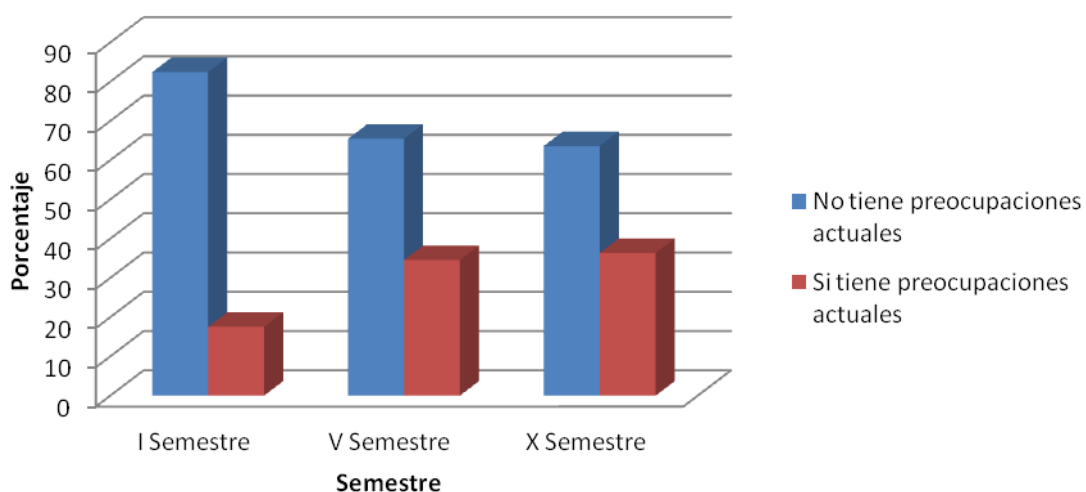


Figura 11 Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Preocupaciones Actuales.

Tabla XIV

Distribución según experiencia de padecer problemas de salud.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Experiencia de padecer problemas de salud					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	45	79	12	21
V semestre	N=55	42	76	13	24
X semestre	N=44	31	70	13	30

Según los datos de la Tabla IV, del total de estudiantes, para el I semestre 45 (79%) afirmaron no tener experiencia de padecer problemas de salud; 12 (21%) afirmó tener experiencia de padecer problemas de salud; para el V semestre 42 (76%) afirmaron no tener experiencia de padecer problemas de salud, 13 (24%) declararon tener experiencia de padecer problemas de salud, y finalmente, en el X semestre 31 (70%) afirmaron no tener experiencia de padecer problemas de salud, mientras que 13 e (30%) afirmó tener experiencia de padecer problemas de salud; (figura 12).

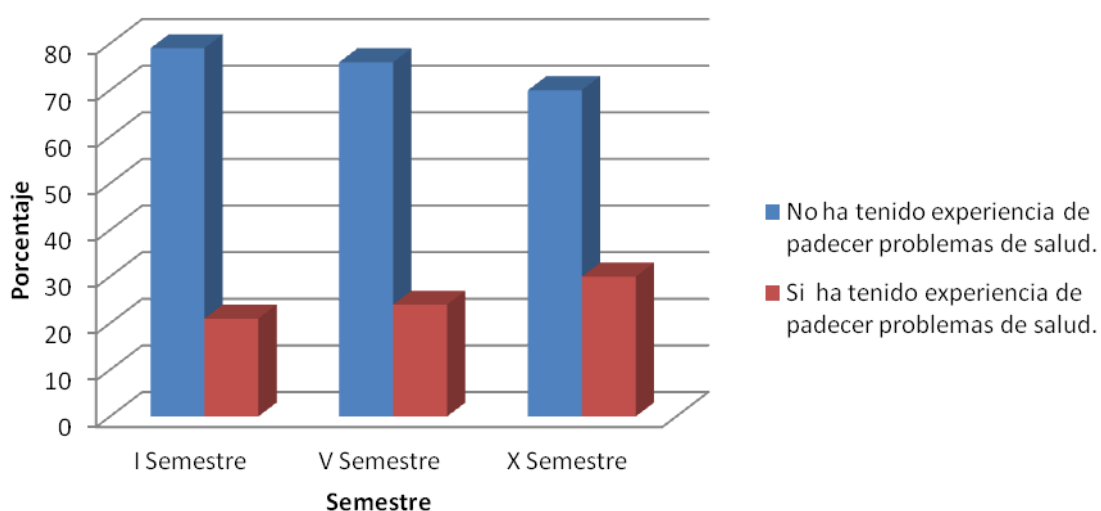


Figura 12. Gráfica de los datos sociodemográficos: sub indicador: Experiencia de padecer problemas de salud.

Tabla XV

Distribución según experiencias con la muerte.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Experiencia con la Muerte					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		NO	%	SI	%
I semestre	N=57	44	77	13	23
V semestre	N=55	23	42	32	58
X semestre	N=44	8	18	36	82

En la Tabla XV se muestran los resultados de la variable experiencia con la muerte, y del total de estudiantes se encontró para el I semestre 44 (77%) afirmaron no tener experiencia con la muerte, 13 estudiantes (23%) declaró tener experiencia con la muerte; para el V semestre 23 (42%) contestaron no tener experiencia con la muerte, 32 (58%) declararon tener experiencia con la muerte; y para el X semestre 8 (18%) afirmaron no tener experiencia con la muerte, mientras que 36 (82%) declaró tener experiencia con la muerte lo que equivale.(figura 13).

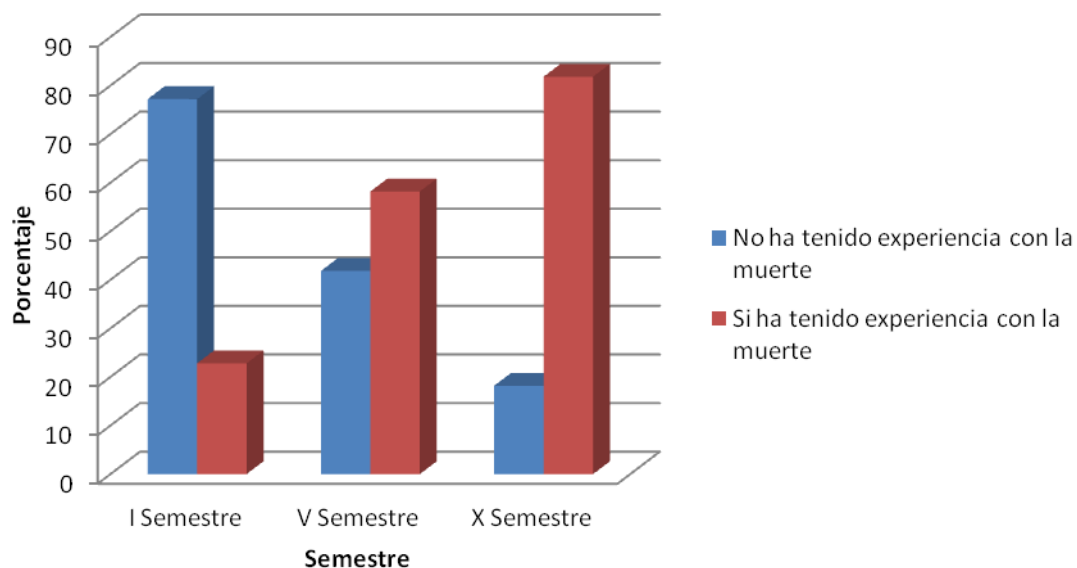


Figura 13. Gráfica de la variable experiencia con la muerte.

Tabla XVI

Distribución según la relación con los fallecidos.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Relación con los fallecidos					
Periodo académico	N	Frecuencia			
		Familiar	%	Amigo	%
I semestre	N=13	12	92	1	8
V semestre	N=32	26	81	6	19
X semestre	N=36	31	86	4	14

Los resultados de la Tabla XVI reflejan que, en el I semestre 12 estudiantes (92%) afirmaron que sus experiencias con la muerte habían sido con un familiar; 1 (8%) afirmó que su experiencia con la muerte había sido con un amigo; para el V semestre 26 estudiantes (81%) afirmaron que sus experiencias con la muerte fueron con un familiar, mientras que 6 (19%) dijeron que sus experiencias con la muerte fueron con un amigo; y para el X semestre 31 estudiantes (86%) declararon que sus experiencias con la muerte fue con un familiar y 4 (14%) declararon que sus experiencias con la muerte había sido con un amigo, (figura 14).

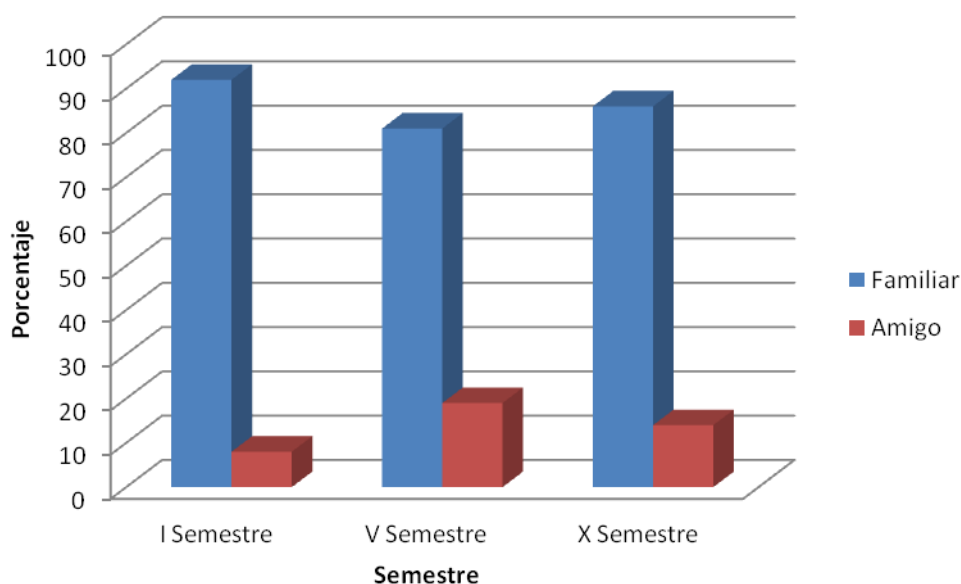


Figura 14. Gráfica de distribución según la relación con los fallecidos.

Dimensión Salud General de Goldberg GHQ-28

Tabla XVII

Dimensión Salud General de Goldberg GHQ-28 según el semestre de la carrera de Enfermería.

	Semestre											
	primero				quinto				decimo			
	N	Mediana	Mínimo	Máximo	N	Mediana	Mínimo	Máximo	N	Mediana	Mínimo	Máximo
Sub. Esc. Síntomas somáticos	51	0	0	4	54	0	0	7	42	1	0	6
Sub. Esc. Ansiedad-Insomnio	54	1	0	7	53	0	0	7	40	0	0	6
Sub. Esc. Disfunción social	50	0	0	3	47	0	0	3	38	0	0	2
Sub. Esc. Depresión	45	0	0	4	48	0	0	2	37	0	0	1
ESCALA GHQ-28 DE GOLDBERG	43	2	0	12	43	1	0	14	35	2	0	12

En el I Semestre, los valores para la Sub Escala Síntomas somáticos tuvo un recorrido mínimo fue de 0, con un máximo de 4 y una mediana de 0, para el V Semestre, el recorrido tuvo un mínimo de 0, un máximo de 7 y una mediana de 0, y finalmente, para el X Semestre, el recorrido tuvo un mínimo de 0, un máximo de 6 y una mediana de 1, dentro de la escala total de 7.

Para el I Semestre, los valores para la Sub. Esc. Ansiedad-Insomnio tuvo un recorrido mínimo de 0, máximo de 7 y una mediana de 1, para el V Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 7 y la mediana de 0, y finalmente, para el X Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 6 y la mediana de 0.

Para el I Semestre, los valores para la Sub. Esc. Disfunción social tuvo un recorrido mínimo de 0, un máximo de 3 y una mediana de 0, para el V Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 3 y la mediana de 0, y finalmente, para el X Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 2 y la mediana de 0.

Para la Sub. Esc. Depresión tuvo un recorrido mínimo de 0, un máximo de 4 y una mediana de 0, para el V Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 2 y la mediana 0, y finalmente, para el X Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 1 y la mediana de 0.

En relación a los datos del I Semestre, los valores para la Escala de Goldberg tuvo un recorrido mínimo de 0, un máximo de 12 y una mediana de 2, para el V Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 14 y la mediana de 1, y finalmente, para el X Semestre, el recorrido mínimo fue de 0, el máximo de 12 y la mediana de 2 dentro de la escala total de 28.

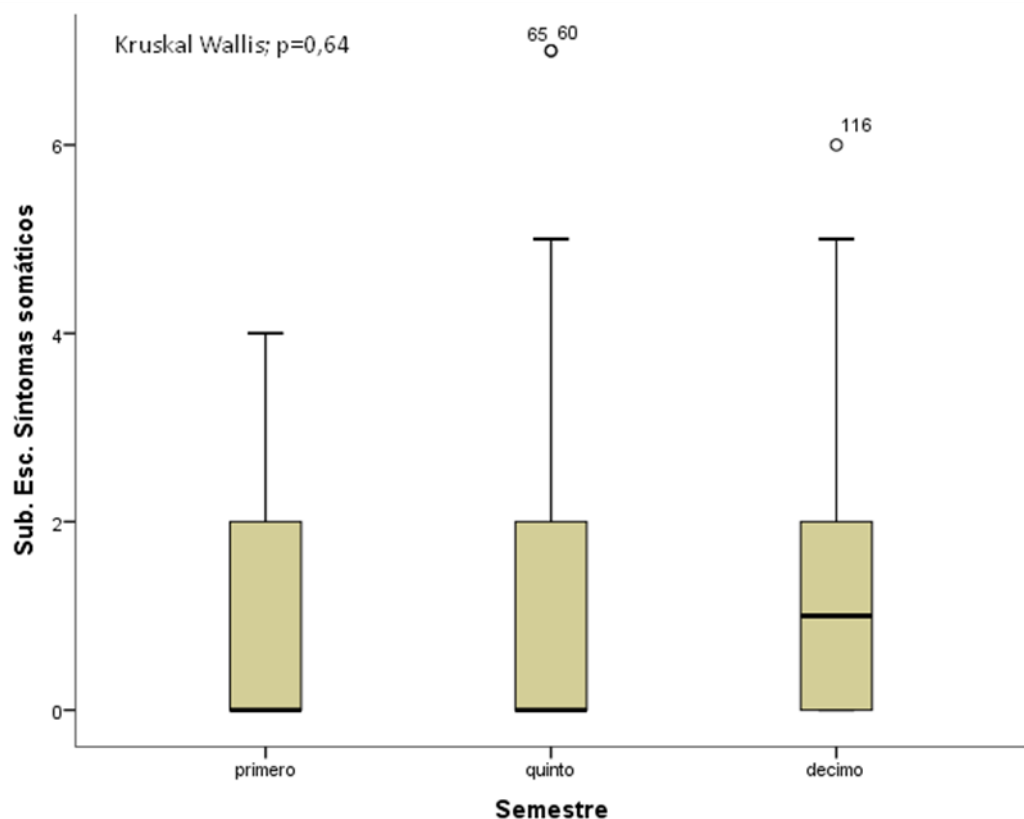


Figura 15. Gráfica de los valores obtenidos para la su-escala: Síntomas Somáticos.

De acuerdo con los resultados obtenidos para los valores relacionados con la escala síntomas somáticos, se evidencia en la grafica una distribución de las medias mantenidas en el I y V semestre, presentando un aumento en su proporción para el grupo correspondiente al X semestre de la carrera. Las diferencias observadas no fueron significativas ($p=0,64$)

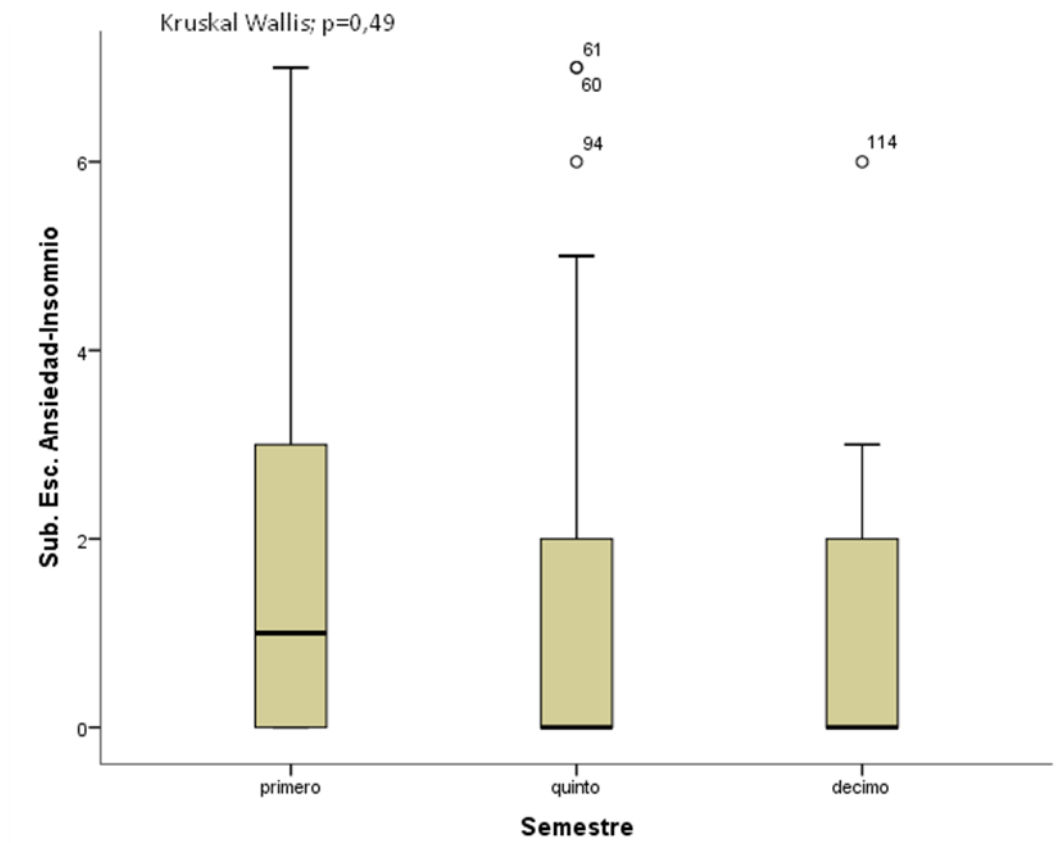


Figura 16. Gráfica de los valores obtenidos para la su-escala: Ansiedad-Insomnio.

Tal como se observa en la figura los estudiantes de enfermería del I semestre tienen una mayor dispersión en los valores correspondientes a la sub-escala de ansiedad e insomnio, cuyas medianas tienden a disminuir a medida que avanza en la carrera. Dichas diferencias no fueron significativas ($p=0,49$)

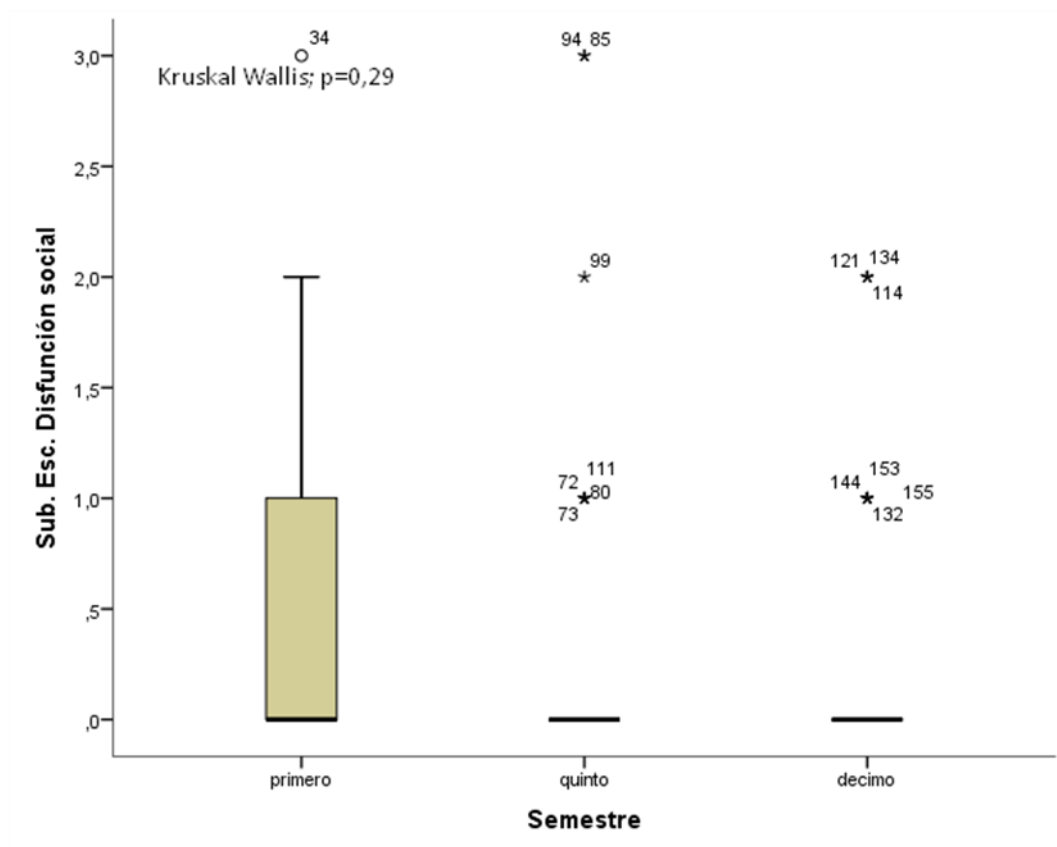


Figura 17. Gráfica de los valores obtenidos para la su-escala: Disfunción Social.

Los resultados demuestran un grupo poco homogéneo para la sub-escala de disfunción social en el primer semestre; siendo más homogéneo en el quinto y decimo, pero las diferencias no fueron significativas ($p=0,29$)

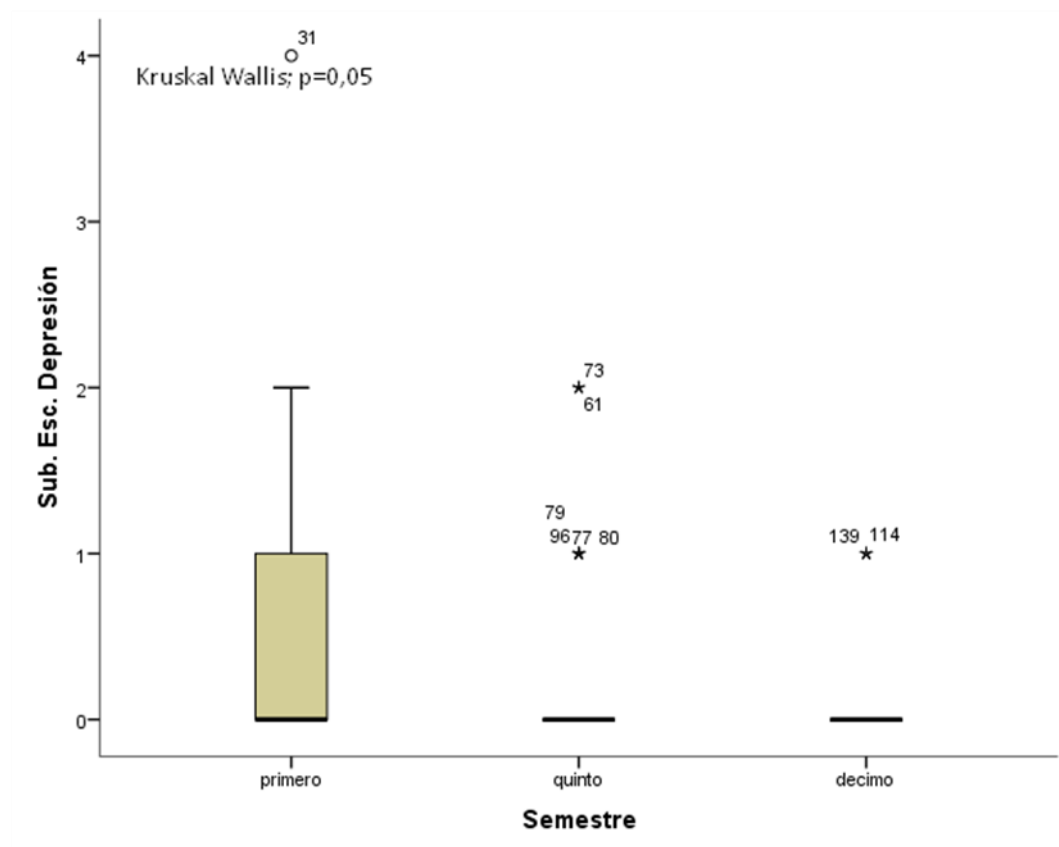


Figura 18. Gráfica de los valores obtenidos para la su-escala: Depresión.

Tal como se observa en la figura los estudiantes de enfermería del I semestre tienen una mayor dispersión en los valores correspondientes a la sub-escala de depresión, observando una marcada reducción a medida que los estudiantes avanzan en la carrera. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,05$)

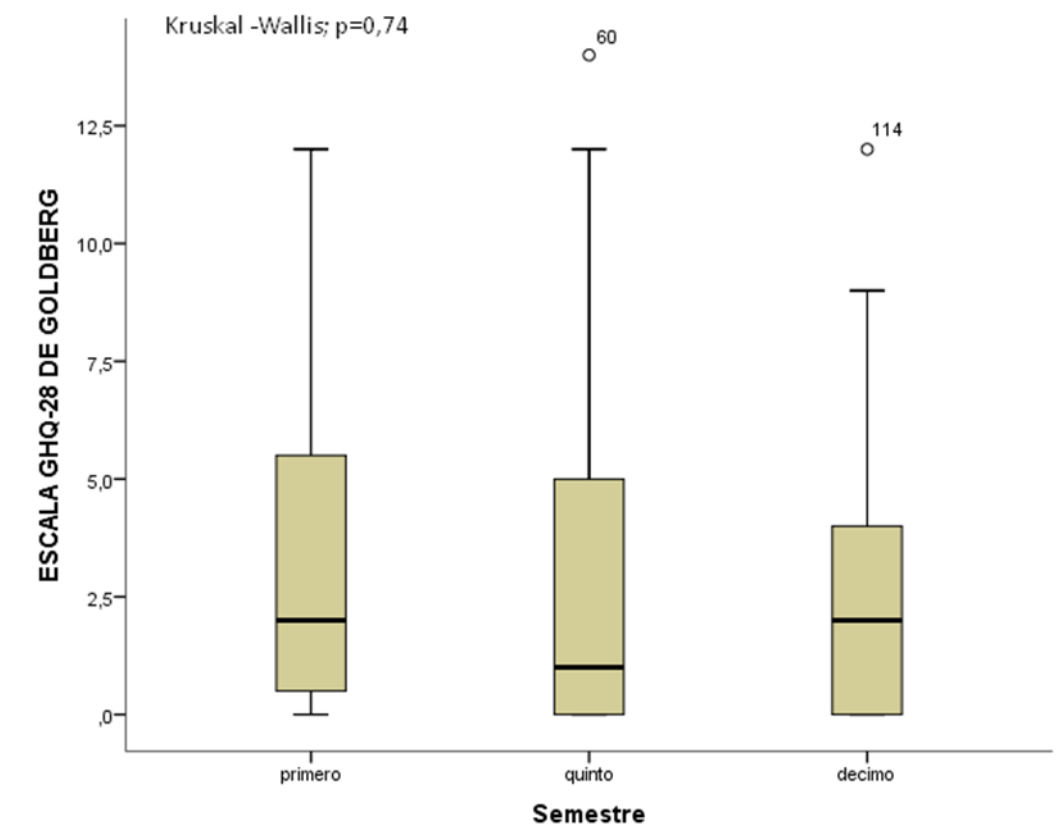


Figura 19. Gráfica de los valores obtenidos para el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28.

Tal como se observa en la figura las medias para la escala GHQ-28 de Goldberg muestran una distribución homogénea para los tres semestres estudiados, observando cierta tendencia de riesgo en los estudiantes de Enfermería de sufrir alteraciones de su salud mental. Las diferencias no fueron significativas ($p=0,74$)

Tabla XVIII

Proporción de casos negativos y positivos tras la aplicación del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28, en el I, V y X semestre de Enfermería

Subescalas	I Semestre		VI Semestre		X Semestre	
	(n=57)		(n=55)		(n=44)	
	< 5/ > 5		< 5/ > 5		< 5/ > 5	
A. Síntomas somáticos	Perdidos = 6	%	Perdidos = 1	%	Perdidos = 2	%
	Válidos = 51		Válidos = 54		Válidos = 42	
	51/0	100/0	51/3	94/6	41/1	98/2
B. Ansiedad-Insomnio	Perdidos = 3	%	Perdidos = 2	%	Perdidos = 4	%
	Válidos = 54		Válidos = 53		Válidos = 40	
	51/3	94/6	50/3	94/6	39/1	98/2
C. Disfunción social	Perdidos = 7	%	Perdidos = 8	%	Perdidos = 6	%
	Válidos = 50		Válidos = 47		Válidos = 38	
	50/0	100/0	47/0	100/0	38/0	100/0
D. Depresión	Perdidos = 12	%	Perdidos = 7	%	Perdidos = 7	%
	Válidos = 45		Válidos = 48		Válidos = 37	
	45/0	100/0	48/0	100/0	37/0	100/0
<i>Escala total</i>	Perdidos = 13	%	Perdidos = 15	%	Perdidos = 9	%
	Válidos = 44		Válidos = 42		Válidos = 35	
	41/2	93/7	39/3	93/7	33/2	94/6

Fuente: Encuesta GHQ28

Resultados de la Escala Total

Salud general de Goldberg GHQ-28

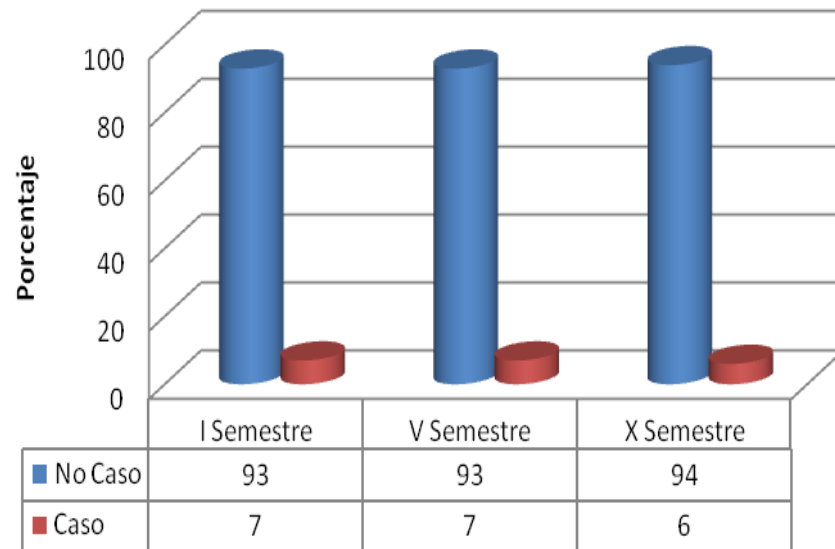


Figura 20. Gráfica de los Valores obtenidos para el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28.

Como se muestra en la figura 20, en el I y V Semestre de Enfermería respectivamente, el 93% de estudiantes no presenta problemas de salud general, mientras que un 7% para cada grupo presenta problemas de salud general, de igual manera, los estudiantes del X Semestre presentan en un 6% problemas de salud general. Estos resultados reflejan que un 20% de la muestra estudiada presentan el riesgo de sufrir alteraciones de la salud mental.

Dimensión Ayuda Psicológica

Indicadores: trastornos recientes y actuales.

Sub indicadores: Antes de la carrera. A lo largo de la carrera. En la actualidad. Principales razones.

Tabla XIX

Frecuencia de uso de atención psicológica y/o psiquiátrica.

			¿Ha utilizado algún recurso de atención psicológica o psiquiátrica?		¿Cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica o psiquiátrica?		En la actualidad ¿está utilizando algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica?	En la actualidad ¿Cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica?	total
			Antes de Empezar la carrera	A lo largo de la carrera	Antes de Empezar la carrera	A lo largo de la carrera			
I Semestre	N=57		VP=3 100%=54	VP=10 100%=47	VP=4 100%=53	VP=10 100%=47	VP=5 100%=52	VP=7 100%=50	
		Si	3	3	11	5	0	14	
		%	6%	6%	21%	11%	0%	28%	
		No	50	42	40	35	52	34	
		%	92%	89%	79%	73%	100%	68%	
		NS/NC	1	2	2	5	0	2	
	%	2%	5%	4%	11%	0%	4%		
V Semestre	N=55		VP=1 100%=54	VP=2 100%=53	VP=1 100%=54	VP=2 100%=53	VP=1 100%=54	VP=1 100%=54	
		Si	3	2	8	7	0	10	
		%	6%	4%	15%	13%	0%	18%	
		No	50	50	45	45	52	43	
		%	92%	94%	83%	85%	96%	80%	
		NS/NC	1	1	1	1	2	1	
	%	2%	2%	2%	2%	4%	2%		
X Semestre	N=44		VP=3 100%=41	VP=6 100%=38	VP=3 100%=41	VP=5 100%=39	VP=4 100%=40	VP=2 100%=42	
		Si	3	6	5	10	2	12	
		%	7%	16%	12%	26%	5%	28%	
		No	38	32	36	28	38	29	
		%	93%	84%	88%	72%	95%	69%	
		NS/NC	0	0	0	1	0	1	
	%	0%	0%	0%	2%	0%	3%		

Fuente: Encuesta GHQ28

N= Estudiantes Entrevistados 100%= Total de Respuestas Válidas VP= Valores Perdidos

Si= Respuesta Afirmativa No= Respuesta Negativa NS/NC= No sabe o no contesta %=Porcentaje

Según los resultados observados en la Tabla anterior, para el I y V Semestre, ante la pregunta: ¿Ha utilizado algún recurso de atención psicológica o psiquiátrica antes de empezar la carrera? 3(6%) contestaron que Si, 50(92%) contestaron que No y 1(2%) no sabe o no contesta. En cuanto al X Semestre, de las 41 respuestas válidas, 3(7%) contestaron que Si y 38(93%) contestaron que no.

De igual manera, ante la pregunta ¿Ha utilizado algún recurso de atención psicológica o psiquiátrica A lo largo de la carrera? En el I Semestre 3(6%) contestaron que Si, 42(89%) contestaron que no y 2(5%) no sabe o no contesta. En cuanto al V Semestre, 2(4%) contestaron que Si, 50(94%) contestaron que No y 1(2%) no sabe o no contesta y para el X Semestre, 6(16%) concertaron que Si ha utilizado algún recurso de atención psicológica o psiquiátrica a lo largo de la carrera, mientras que 32 personas (84%) niega esto.

Posteriormente, al ser consultados sobre si ¿Cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica o psiquiátrica, antes de Empezar la carrera? En el I Semestre 11(21%) contestaron que Si, 40(79%) contestaron que no y 2(4%) no sabe o no contesta. En cuanto al V Semestre, 8(15%) contestaron que Si, 45(83%) contestaron que No y 1(2%) no sabe o no contesta y en el X Semestre, 5(12%) concertaron que Si, en tanto que 36 personas (88%) contestaron que No. En el X Semestre 11(21%) contestaron que Si, 40(79%) contestaron que no y 2(4%) no sabe o no contesta.

Seguidamente, se les preguntó a cada estudiante: ¿Cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica o psiquiátrica a lo largo de la carrera? A lo que en el I Semestre 5(11%) contestaron que Si, 35(73%) contestaron que no y 5(11%) no sabe o no contesta. Mientras que para el V Semestre 7(13%) contestaron que Si, 45(85%) contestaron que no y 1(2%) no sabe o no contesta, finalmente para el X Semestre

10(26%) contestaron que Si, 28(72%) contestaron que no y 1(2%) no sabe o no contesta.

En el mismo orden de ideas, a los estudiantes se les consulto sobre si en la actualidad están utilizando algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica, para lo cual en el I Semestre 52 estudiantes equivalentes al (11%) contestaron que No. En el V Semestre 52(96%) contestaron que igualmente que No y 2(4%) no sabe o no contesta, mientras que para el X Semestre 2(5%) contestaron que Si y 38(95%) contestaron que No.

Y finalmente, a los estudiantes se les realizó la siguiente pregunta: En la actualidad ¿Cree necesario utilizar algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica? A lo cual, en el I Semestre 14(28%) contestaron que igualmente que Si, 34(68%) contestaron que No y 2(4%) no sabe o no contesta. En tanto que en el V Semestre 10(18%) contestaron que igualmente que Si, 43(80%) contestaron que No y 1(2%) no sabe o no contesta y para el X Semestre 12(28%) contestaron que igualmente que Si, 29(69%) contestaron que No y 1(3%) no sabe o no contesta.

Indicadores: Factores influyentes.

Sub indicadores: Factores negativos en la calidad de vida.

Tabla XX

Promedio de la escala del sub indicador: Factores negativos en la calidad de vida.

Factores con posible influencia negativa en su calidad de vida	Semestre			Total Media
	I Semestre Media	V Semestre Media	X Semestre Media	
Cambio domicilio	2	2	2	2
Cambio facultad o escuela	1	2	1	1
Organización del currículum	2	1	1	1
Relación entre estudiantes y profesorado	2	2	2	2
Tensión acumulada en los exámenes	2	2	2	2
Tensión acumulada a lo largo de los cursos pasados	1	2	2	2
Relación con el personal de administración y servicios	1	2	1	1

Fuente: Encuesta GHQ28

Podemos observar en la Tabla XX que en términos generales el Promedio de la escala para el sub indicador: Factores negativos en la calidad de vida para el I, V y X semestre, se ubica en la categoría de la escala nada=1 ó poco=2, aplicándose este ultimo a los factores: Cambio domicilio, Relación entre estudiantes y profesorado, Tensión acumulada en los exámenes y Tensión acumulada a lo largo de los cursos pasados.

Indicadores: Factores influyentes.

Sub indicadores: Demanda de tiempo y atención que tiene la carrera sobre la vida del estudiante.

Tabla XXI

Promedio de la escala del sub indicador: Demanda de tiempo y atención que tiene la carrera sobre la vida del estudiante para el I, V y X semestres.

Enunciado: ¿Le ha sido posible continuar con sus otras actividades y aficiones?					
Semestre	N	Frecuencia			
		Con ninguna	Solo con alguna	Con bastantes	Con la mayoría
I Semestre	Validos=48 Perdidos=9	22(46%)	20(42%)	2(4%)	4(8%)
V Semestre	Validos=50 Perdidos=5	12(24%)	27(54%)	5(10%)	6(12%)
X Semestre	Validos=41 Perdidos=3	11(27%)	21(51%)	1(2%)	8(20%)

Fuente: Encuesta GHQ28

Según se muestra en la Tabla XXI, en el I semestre al 46% no le ha sido posible continuar con ninguna de sus otras actividades y aficiones, al 42% solo con alguna, al 8% con la mayoría de sus actividades y al 4% con bastantes de sus actividades, en tanto que para el V semestre, al 54% de los estudiantes le ha sido posible continuar solo con alguna de sus otras actividades, 24% con ninguna, al 12% con la mayoría de sus actividades y al 10% con bastantes, finalmente al X semestre el 51% de los estudiantes le ha sido posible continuar solo con alguna de sus otras actividades, 27% con ninguna, al 20% con la mayoría de sus actividades y al 2% con bastantes de sus habituales actividades.

Indicadores: Factores influyentes.

Sub indicadores: Expectativas de la carrera.

Tabla XXII

Promedio de la escala del sub indicador: Expectativas de la carrera para los estudiantes.

Expectativas de la carrera	Semestre			Total Media
	I Semestre Media	V Semestre Media	X Semestre Media	
Esperaba enriquecimiento intelectual	3	4	3	3
Esperaban desarrollo personal	4	4	4	4
Esperaban adquirir conocimientos	4	4	4	4
Esperaban adquirir habilidades	4	4	4	4
Esperaban aprender actitudes	4	4	4	4
Esperaban relaciones sociales	3	4	3	3
Esperaban autoconocimiento	4	4	4	4
Esperaban prestigio	3	3	2	3
Esperaban ganar dinero	3	3	3	3
Esperaban adquirir capacidad profesional	4	4	4	4
Esperaban disfrutar	3	4	3	3
Esperaban ambiente universitario	3	4	3	3
Esperaban falta de tiempo	2	2	2	2
Esperaban competitividad	2	3	3	3
Esperaban presión académica	2	3	3	3
Esperaban estudiar	4	4	4	4
Esperaban dificultad	2	3	2	2
Esperaban conocer los servicios sanitarios	3	3	3	3
Esperaban aprender a cuidar de su propia salud	4	4	3	3
Esperaban aprender a velar por la salud de otros	4	4	4	4

Fuente: Encuesta GHQ28

Podemos observar en la Tabla XXII que, en términos generales el promedio de la escala para el sub indicador: Expectativas de la carrera, para el I, V y X semestre, se ubica en la categoría de la escala bastante=3 y mucho=4 destacándose entre estas expectativas aquellas en las que los estudiantes Esperaban desarrollo personal, conocimientos, adquirir habilidades, aprender actitudes, autoconocimiento, adquirir capacidad profesional, estudiar y velar por la salud de otros.

Indicadores: Factores influyentes.

Sub indicadores: Evaluación de expectativas en la carrera.

Tabla XXIII

Promedio de la escala del sub indicador: Evaluación de expectativas de la carrera por los estudiantes.

Evaluación de expectativas	Semestre			Total Media
	I Semestre Media	V Semestre Media	X Semestre Media	
Ha encontrado enriquecimiento intelectual	3	4	3	3
Ha encontrado desarrollo personal	4	4	4	4
Ha adquirido conocimientos	4	3	3	3
Ha adquirido habilidades	3	3	3	3
Ha aprendido actitudes	3	4	4	4
Ha encontrado relaciones sociales	3	3	3	3
Ha conocido y aprendido a usar con eficacia los servicios sanitarios	3	3	3	3
Ha encontrado autoconocimiento	3	3	4	3
Ha aprendido a cuidar de su propia salud	3	4	3	3
Ha encontrado prestigio	2	3	2	2
Ganar dinero	2	2	2	2
Aprendieron a velar por la salud de otros	3	4	4	4
Adquirir capacidad profesional	3	3	3	3
Disfrutar	3	3	3	3
Encontraron ambiente universitario	3	3	3	3
Encontraron falta de tiempo	3	3	3	3
Encontraron competitividad	2	3	3	3
Encontraron presión académica	2	3	3	3
Encontraron que hay que estudiar	3	4	3	3
Encontraron dificultad	2	3	2	2

Fuente: Encuesta GHQ28

En la Tabla XXIII podemos observar que en términos generales el Promedio de la escala para el sub indicador: Expectativas de la carrera, para el I, V y X semestre, se ubica en la categoría de la escala bastante=3, poco=2 y mucho=4 destacándose entre estas expectativas aquellas en las que los estudiantes encontraron desarrollo personal, aprendieron actitudes y a velar por la salud de otros.

Indicadores: Factores influyentes.

Sub indicadores: Grado de satisfacción con la carrera.

Tabla XXIV

Promedio de la escala del sub indicador: Grado de satisfacción con la carrera.

Grado de satisfacción con:	Semestre			Total Media
	I Semestre Media	V Semestre Media	X Semestre Media	
Los compañeros	3	3	3	3
Los profesores	3	3	3	3
El personal administrativo y de servicio	3	3	3	3

Fuente: Encuesta GHQ28

En la Tabla XXIV se puede observar que en términos generales el Promedio de la escala para el sub indicador: Expectativas de la carrera, para el I, V y X semestre, se ubica en la categoría de la escala bastante=3. Es decir se muestra un grado de bastante satisfacción con la carrera.

Indicadores: Grado de consumo de sustancias.

Sub indicadores: Entre los estudiantes de la facultad.

Tabla XXV

Promedio de la escala para el grado de consumo de sustancias percibido entre los estudiantes.

Consumo entre los estudiantes	Semestre			Total Media
	I Semestre Media	V Semestre Media	X Semestre Media	
Consumo general en la facultad, de café	3	3	4	3
Consumo general en la facultad, de infusiones y refrescos	3	2	3	3
Consumo general en la facultad, de cacao	2	2	3	2
Consumo general de tabaco	2	2	3	2
Consumo general en la facultad, de alcohol de baja graduación	2	3	3	3
Consumo general en la facultad, de alcohol de alta graduación	2	3	3	3
Consumo general en la facultad, de cannabis	1	1	2	1
Consumo general en la facultad, de anfetaminas etc	1	1	2	1
Consumo general en la facultad, de cocaína	1	1	2	1
Consumo general en la facultad, de éxtasis	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de alucinógenos	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de ansiolíticos	1	1	2	1
Consumo general en la facultad, de heroína	1	1	1	1

Fuente: Encuesta GHQ28

En la Tabla XXV se observa que en términos generales los mayores promedios de la escala para el sub indicador: grado de consumo entre los estudiantes de el I, V y X semestre, los encontramos en los siguientes hábitos: Consumo de café, infusiones y refrescos, alcohol de baja esporádicamente =3 y alta graduación, cacao y tabaco puntualmente =2.

Indicadores: Grado de consumo de sustancias.

Sub indicadores: Personal.

Tabla XXVI

Promedio de la escala para el grado de consumo personal de sustancias por los estudiantes.

Consumo Personal	Semestre			Total Media
	I Semestre Media	V Semestre Media	X Semestre Media	
Consumo general en la facultad, de café	3	3	3	3
Consumo general en la facultad, de infusiones y refrescos	2	2	2	2
Consumo general en la facultad, de cacao	2	2	2	2
Consumo general de tabaco	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de alcohol de baja graduación	2	2	2	2
Consumo general en la facultad, de alcohol de alta graduación	2	2	2	2
Consumo general en la facultad, de cannabis	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de anfetaminas etc	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de cocaína	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de éxtasis	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de alucinógenos	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de ansiolíticos	1	1	1	1
Consumo general en la facultad, de heroína	1	1	1	1

Fuente: Encuesta GHQ28

De igual manera, en la Tabla XXVI se puede observar que en términos generales los mayores promedios de la escala para el sub indicador: consumo Personal entre los estudiantes de el I, V y X semestre, los encontramos en los siguientes hábitos: Consumo de café esporádicamente =3, infusiones y refrescos, alcohol de baja y alta graduación y cacao puntualmente =2.

Indicadores: Grado de consumo.

Sub indicadores: Sustancias combinadas.

Tabla XXVII

Promedio de la escala para el grado de consumo de Sustancias Combinadas por los estudiantes.

Enunciado: ¿Toma al mismo tiempo alguna de las sustancias anteriormente mencionadas?			
Semestre	N	Frecuencia	
		Si	No
I Semestre	Validos=45 Perdidos=12	0(0%)	45(100%)
V Semestre	Validos=53 Perdidos=2	4(8%)	49(92%)
X Semestre	Validos=39 Perdidos=5	1(3%)	38(97%)

Fuente: Encuesta GHQ28

En los resultados de la Tabla XXVII se puede observar, que en el primer semestre el 100% de los estudiantes no toma al mismo tiempo alguna de las sustancias anteriormente mencionadas, en tanto que para el V semestre el 92% tampoco las consume mientras que un 8% si lo hace y finalmente para el X semestre el 97% de los estudiantes consultados no toma al mismo tiempo ninguna de las sustancias, mas si lo hace un 3% de los sujetos en estudio.

Estrategias de Afrontamiento

En este apartado se estudia el afrontamiento por parte de los estudiantes de enfermería ante las situaciones estresantes; se presenta el inventario de las estrategias de afrontamiento empleada por dichos estudiantes en el I, V y X semestre de la carrera, el cual se obtiene tras promediar el resultado de la suma de los 5 ítems que integran cada estrategia, entendiéndose que los resultados de cada ítem se expresan en: 0: En Absoluto, 1: Un Poco, 2: Bastante, 3: Mucho 4: Totalmente, lo que arroja una adición mínima de 0 puntos y una adición máxima de 20 puntos para cada estrategia de afrontamiento.

A tal efecto, se presentan las tablas con los resultados obtenidos para los sub indicadores: Resolución de Problemas (REP), Expresión Emocional (EEM), Apoyo Social (APS), Restructuración Cognitiva (REC), Autocrítica (AUC), Pensamiento Desiderativo (PSD), Apoyo Social (APS), Evitación de Problemas (EVP) y Retirada Social (RES) respectivamente, donde los resultados se analizan contrastándose respecto al periodo de formación de los estudiantes de enfermería, para luego hacer la discusión de los resultados.

Indicadores: Activos y Pasivos.

Sub indicadores: Resolución de Problemas (REP), Expresión Emocional (EEM), Apoyo Social (APS), Restructuración Cognitiva (REC), Autocrítica(AUC), Pensamiento Desiderativo (PSD), Apoyo Social (APS), Evitación de Problemas (EVP) y Retirada Social (RES).

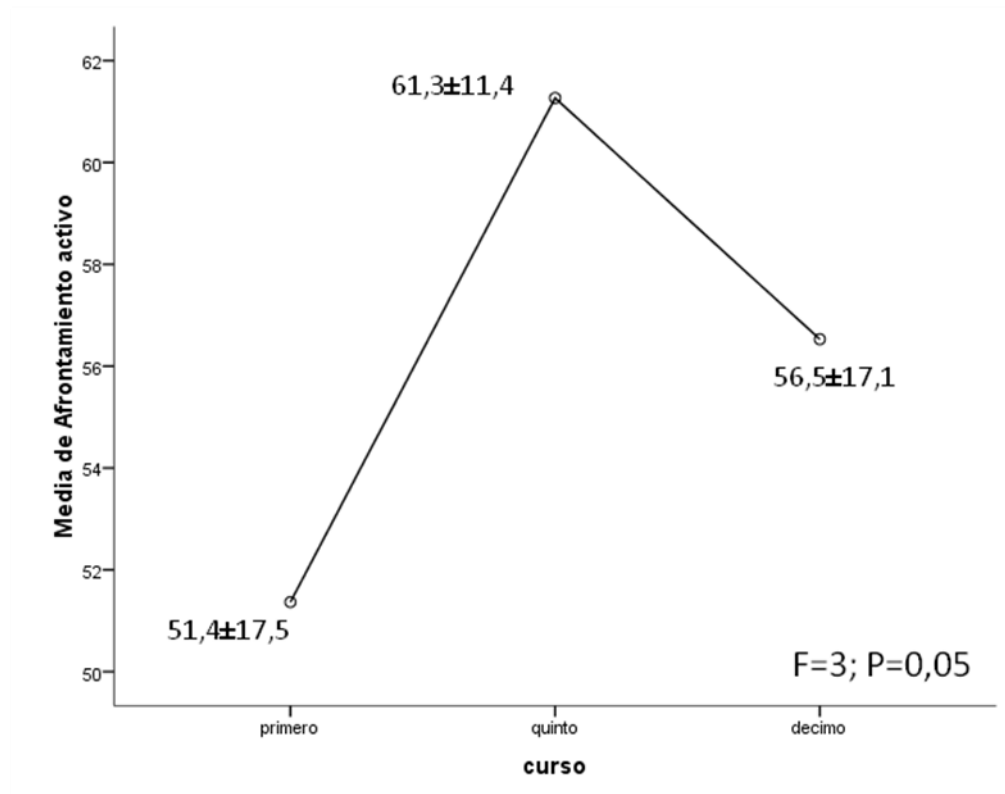


Figura 21. Gráfica de los resultados para la Dimensión: Afrontamiento Activo.

En la figura 20, se observa que de un total de 30 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre alcanzaron valores que van desde el mínimo con “0” hasta el máximo de 78, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los sub indicadores que integran el indicador Activo obteniendo una media de 51,4 y una desviación típica de 17,5, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 30 respuestas válidas, obtuvieron puntuaciones que van desde un mínimo de 24 hasta el máximo de 78, para el indicador activo, obteniendo una media de 61,3 y una desviación típica de 11,4 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 34 respuestas válidas, obtuvieron una puntuación que va desde un mínimo de 18 hasta el máximo de 79, para el indicador Activo obteniendo una media de 56,5 y una desviación típica de 17,1. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,05$).

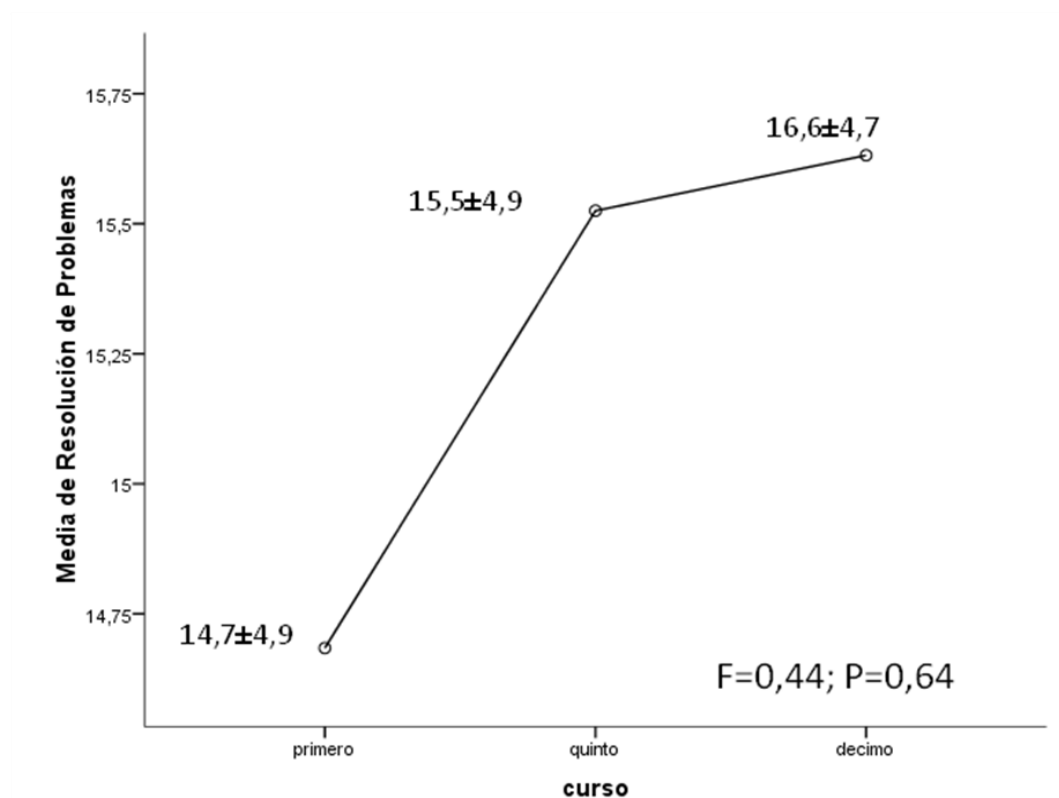


Figura 22. Gráfica para el subindicador: Resolución de Problemas.

Con 36 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre obtuvieron recorridos de puntuación que van desde el mínimo con “0” hasta el máximo de 20, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los ítems que integran el sub indicador Resolución de Problemas, obteniendo una media de 14,7 y una desviación típica de 4,9, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 40 respuestas válidas, obtuvieron rangos de puntuación que van desde un mínimo de 1 hasta el máximo de 20, para el sub indicador Resolución de Problemas, obteniendo una media de 15,5 y una desviación típica de 4,9 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 49 respuestas válidas, obtuvieron rangos de puntuación que van desde un mínimo de 5 hasta el máximo de 20, para el sub indicador Resolución de Problemas, obteniendo una media de 16,6 y una desviación típica de 4,7. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,64$)

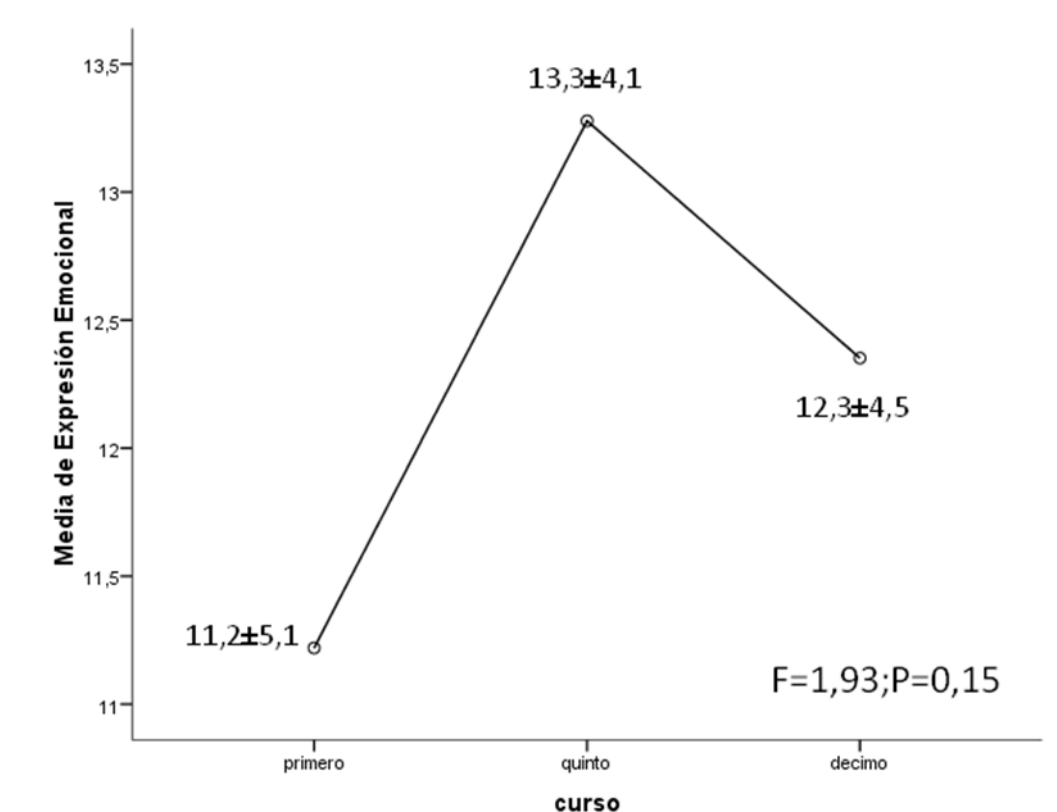


Figura 23. Gráfica para el subindicador: Expresión Emocional.

Con 39 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre obtuvieron rangos de puntuación que van desde el mínimo con “0” hasta el máximo de 20, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los ítems que integran el sub indicador Expresión Emocional, obteniendo una media de 11,2 y una desviación típica de 5,1, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 36 respuestas válidas, obtuvieron recorridos de puntuación que van desde un mínimo de 4 hasta el máximo de 20, para el sub indicador Expresión Emocional, obteniendo una media de 13,3 y una desviación típica de 4,1 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 38 respuestas válidas, obtuvieron rangos de puntuación que van desde un mínimo de 4 hasta el máximo de 20, para el sub Expresión Emocional, obteniendo una media de 12,3 y una Desviación típica de 4,5. Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas ($p=0,15$).

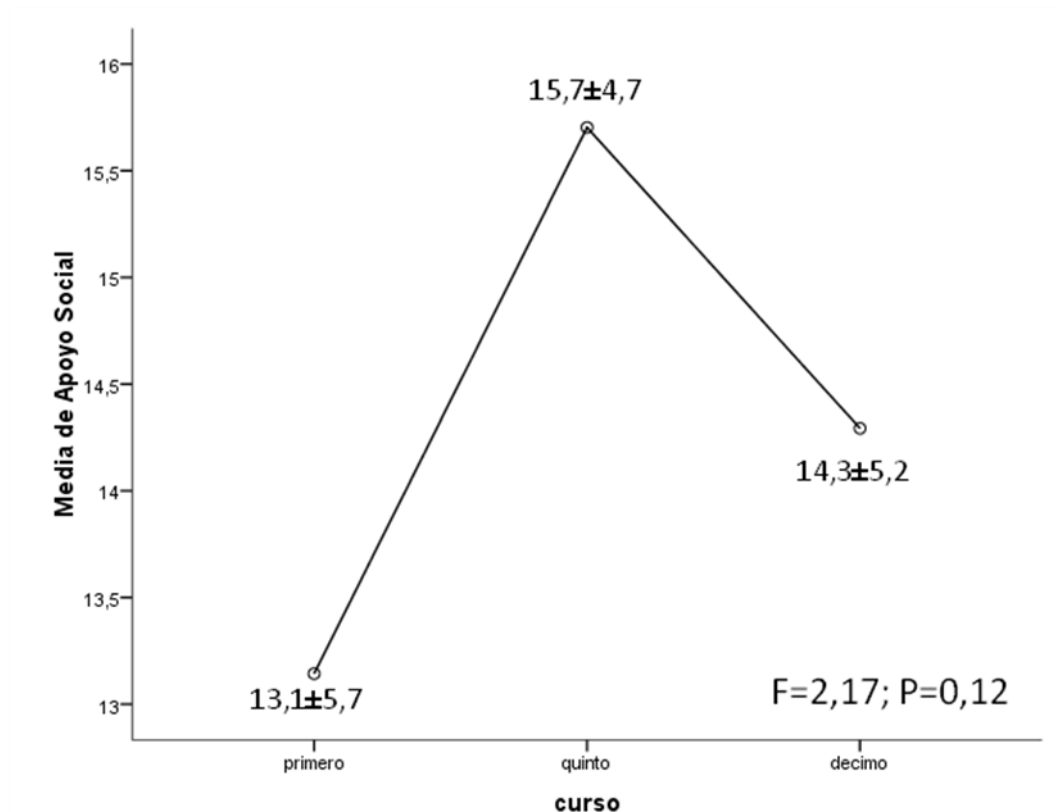


Figura 24. Gráfica para el subindicador: Apoyo Social.

Con 33 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre obtuvieron recorridos de puntuación que van desde el mínimo con “0” hasta el máximo de 20 obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los ítems que integran el sub indicador Apoyo Social, obteniendo una media de 13,1 y una desviación típica de 5,7, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 37 respuestas válidas, obtuvieron rangos de puntuación que van desde un mínimo de 5 hasta el máximo de 20, para el sub indicador Apoyo Social, obteniendo una media de 15,7 y una desviación típica de 4,7 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 42 respuestas válidas, obtuvieron recorridos de puntuación que van desde un mínimo de “0” hasta el máximo de 20, para el sub Apoyo Social, obteniendo una media de 14,3 y una desviación típica de 5,2. Las diferencias entre medias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,12$).

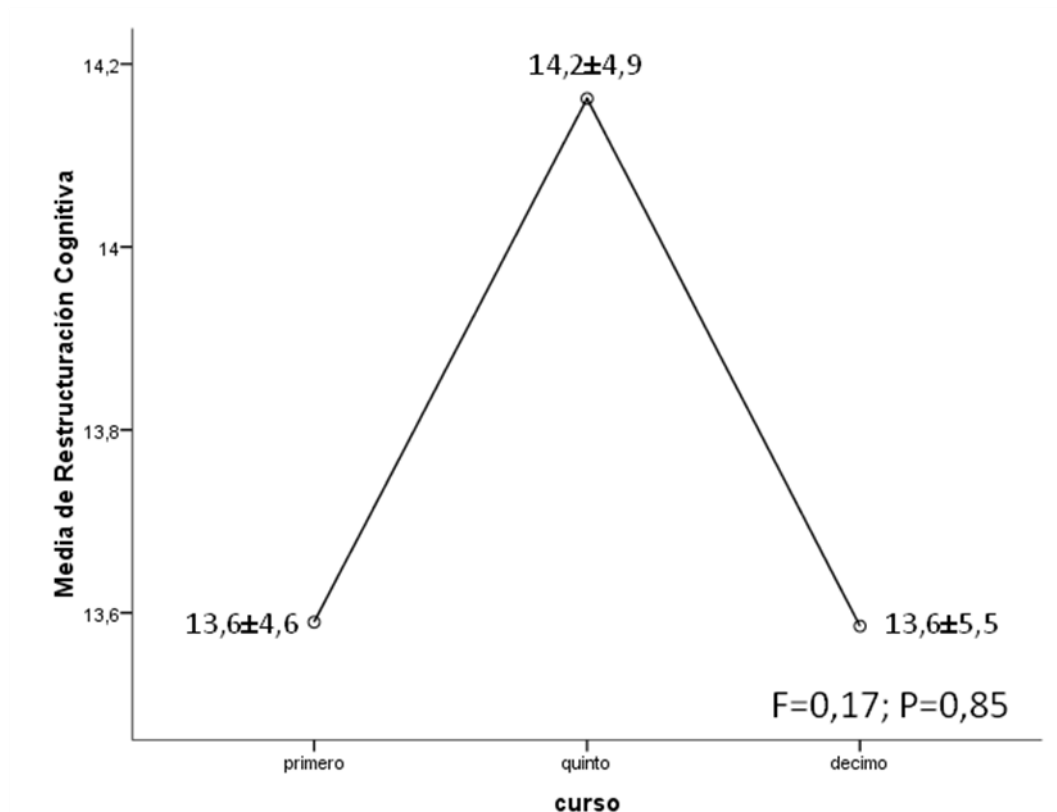


Figura 25. Gráfica para el subindicador: Reestructuración Cognitiva.

Con 37 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre obtuvieron puntuaciones que van desde el mínimo con “0” hasta el máximo de 20, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los ítems que integran el sub indicador Reestructuración Cognitiva, obteniendo una media de 13,6 y una desviación típica de 4,6, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 38 respuestas válidas, obtuvieron puntuaciones que van desde un mínimo de 4 hasta el máximo de 20, para el sub indicador Reestructuración Cognitiva, obteniendo una media de 14,3 y una desviación típica de 4,9 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 41 respuestas válidas, obtuvieron puntuaciones que van desde un mínimo de 1 hasta el máximo de 20, para el sub indicador Reestructuración Cognitiva, obteniendo una media de 13,6 y una desviación típica de 5,5. Las variaciones no fueron significativas ($p=0,85$).

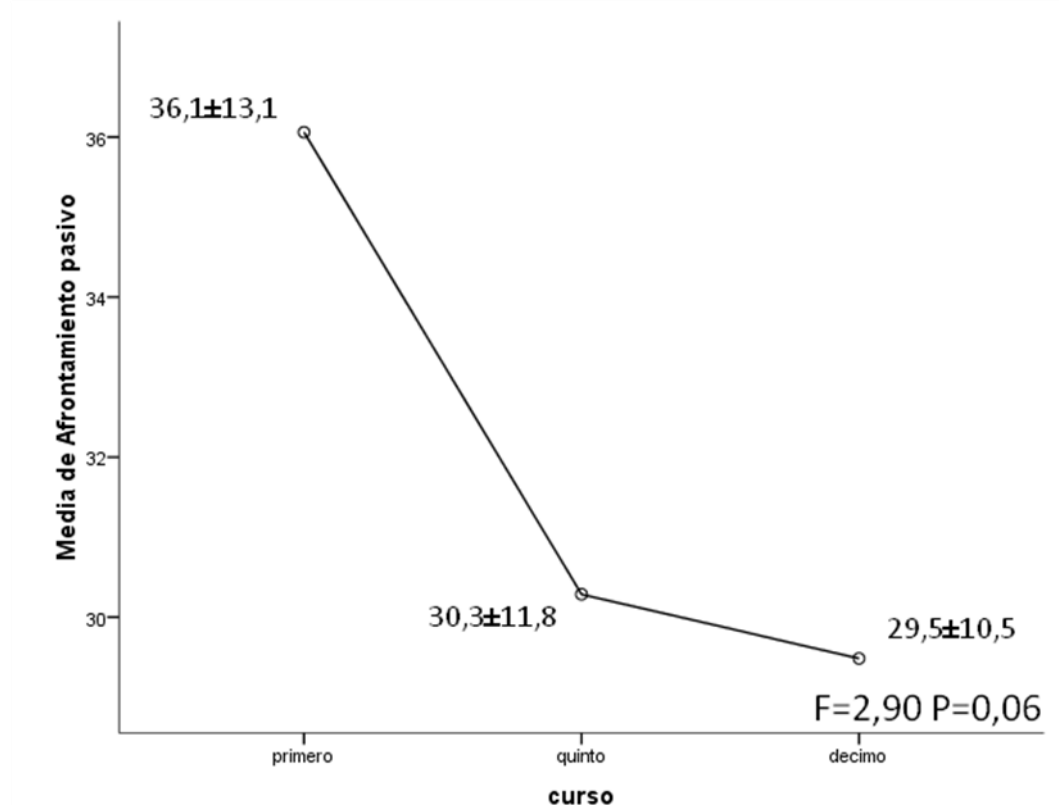


Figura 26. Gráfica de los resultados para la Dimensión: Afrontamiento Pasivo.

Con 33 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre alcanzaron puntuaciones que van desde el mínimo “0” hasta el máximo de 62, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los sub indicadores que integran el indicador Pasivo obteniendo una media de 36,1 y una desviación típica de 13,1, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 28 respuestas válidas, obtuvieron valores de puntuación que van desde un mínimo de 9 hasta el máximo de 53, para el indicador activo, obteniendo una media de 30,3 y una desviación típica de 11,8 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 31 respuestas válidas, obtuvieron una puntuación que va desde un mínimo de 10 hasta el máximo de 50, para el indicador pasivo obteniendo una media de 29,5 y una desviación típica de 10,5. La tendencia a disminuir el valor promedio en los tres semestres no fue significativa ($p=0,06$).

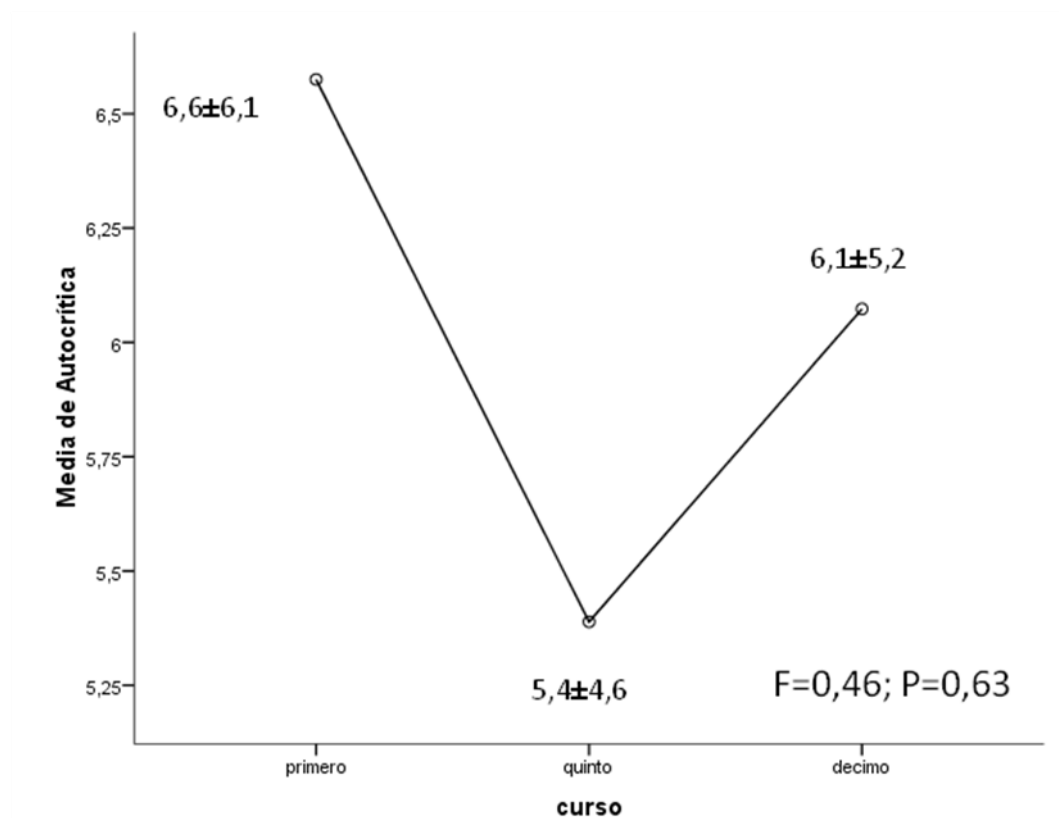


Figura 27. Gráfica para el subindicador: Autocrítica

Con 38 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre obtuvieron puntuaciones que van desde el mínimo con “0” hasta el máximo de 20, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los ítems que integran el sub indicador Autocrítica, obteniendo una media de 6,6 y una desviación típica de 6,1, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 36 respuestas válidas, obtuvieron valores que van desde un mínimo de “0” hasta el máximo de 15, para el sub indicador Autocrítica, obteniendo una media de 5,4 y una desviación típica de 4,6 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 42 respuestas válidas, obtuvieron valores que van desde un mínimo de “0” hasta el máximo de 18, para el sub indicador Autocrítica, obteniendo una media de 6,1 y una desviación típica de 5,2. No existieron diferencias significativas entre las medias de los tres semestres estudiados ($p=0,63$).

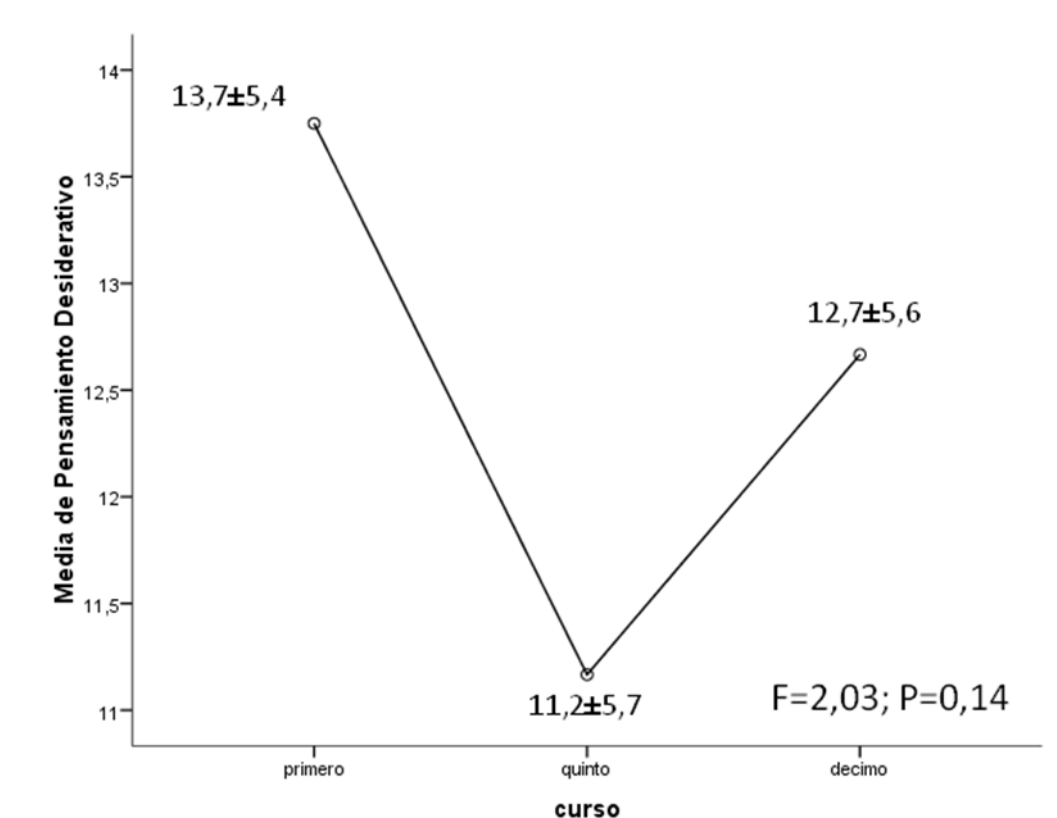


Figura 28. Gráfica para el subindicador: Pensamiento Desiderativo

Con 38 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre obtuvieron valores que van desde e “0” hasta de 20, obtenidos tras la suma de la puntuación en cada uno de los ítems que integran el sub indicador Pensamiento Desiderativo, obteniendo una media de 13,7 y una desviación típica de 5,4, mientras que, los estudiantes del V semestre, con 36 respuestas válidas, obtuvieron puntuaciones que van desde “0” hasta 20, para el sub indicador Pensamiento Desiderativo, obteniendo una media de 11,2 y una desviación típica de 5,7 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 40 respuestas válidas, obtuvieron una puntuación que va desde 3 hasta 20, para el sub indicador Pensamiento Desiderativo, obteniendo una media de 12,7 y una desviación típica de 5,6. No se encontraron diferencias significativas entre las medias ($p=0,14$).

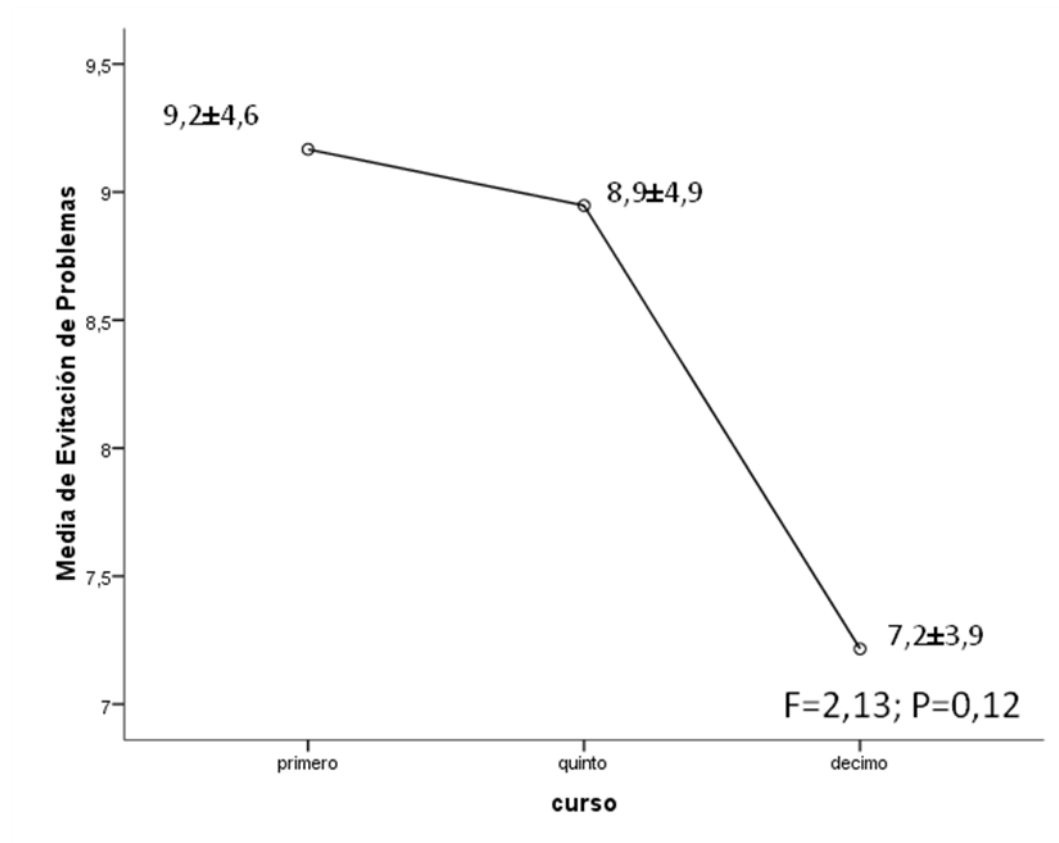


Figura 29. Gráfica para el subindicador: Evitación de Problemas

Con 40 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre obtuvieron puntuaciones que van desde el mínimo con “0” hasta el máximo de 18, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los ítems que integran el sub indicador Evitación de Problemas, obteniendo una media de 9,2 y una desviación típica de 4,6, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 38 respuestas válidas, obtuvieron valores que van desde un mínimo de “0” hasta el máximo de 20, para el sub indicador Evitación de Problemas, obteniendo una media de 8,9 y una desviación típica de 4,9 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 38 respuestas válidas, obtuvieron valores que van desde un mínimo de “0” hasta el máximo de 15, para el sub indicador Evitación de Problemas, obteniendo una media de 7,2 y una desviación típica de 3,9. La tendencia a disminuir el valor promedio no fue significativa ($p=0,12$)

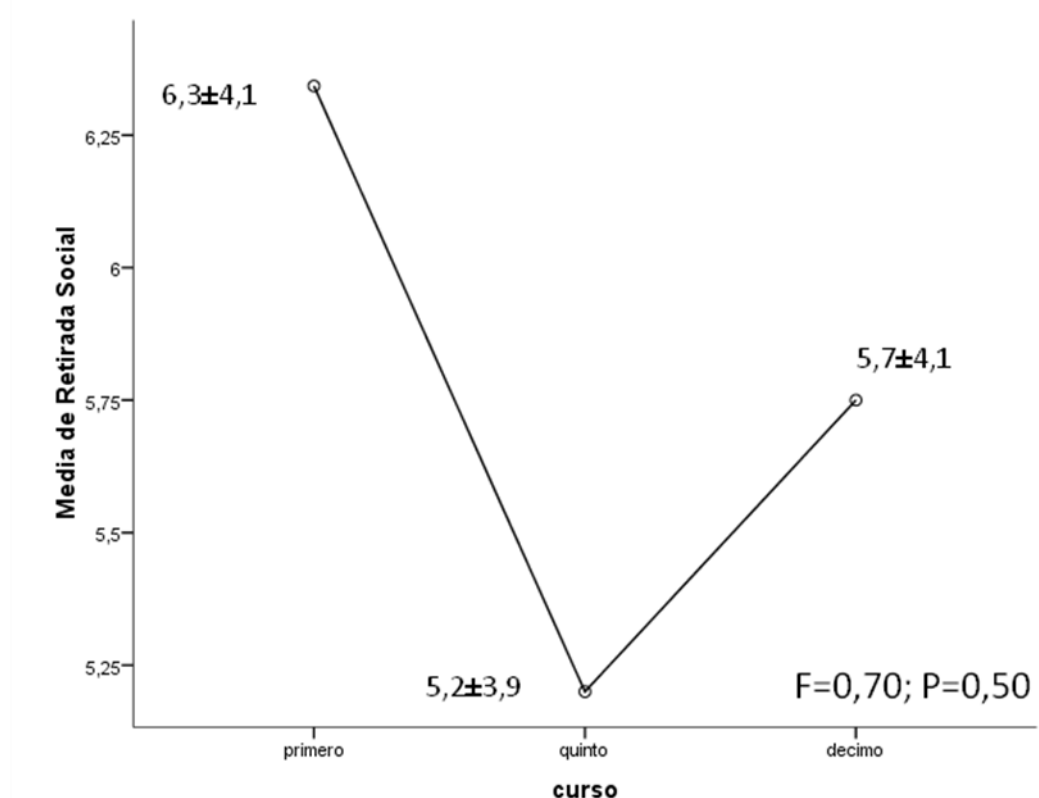


Figura 30. Gráfica para el subindicador: Retirada Social

Con 33 respuestas válidas, los estudiantes del I semestre alcanzaron una puntuación que va desde el mínimo “0” hasta el máximo de 16, obtenidos tras la suma de la puntuación obtenida en cada una de los ítems que integran el sub indicador Retirada Social (RES), obteniendo una media de 6,3 y una desviación típica de 4,1, mientras tanto, los estudiantes del V semestre, con 36 respuestas válidas, obtuvieron puntuaciones que van desde un mínimo de “0” hasta el máximo de 13, para el sub indicador Retirada Social (RES), obteniendo una media de 5,2 y una desviación típica de 3,9 y finalmente, los estudiantes del X semestre, con 40 respuestas válidas, obtuvieron valores que van desde un mínimo de “0” hasta el máximo de 17, para el sub indicador Retirada Social (RES), obteniendo una media de 5,7 y una desviación típica de 4,1. Las variaciones en los promedios no presentaron diferencias significativas ($p=0,50$)

CAPÍTULO V

V.1. LIMITACIONES.

Para el desarrollo de la presente investigación, se presentaron algunas variables que afectaron el progreso del estudio entre las que destacan: suspensión de las actividades académicas y la disposición de tiempo por parte de los estudiantes para llenar los instrumentos. De igual manera para la elaboración de las bases de datos se encontraron instrumentos sin respuesta para algunos ítems, situación que pudo haber ocurrido por falta de atención o interés durante el proceso, o simplemente los estudiantes no quisieron responder.

V.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En relación con las condiciones sociodemográficas los resultados obtenidos reflejan que en todos los semestres el mayor índice de frecuencia para el indicador: **sexo**, se inclinó hacia la modalidad (sexo) femenino; sin embargo la diferencia de frecuencia entre los estudiantes masculinos de nuevo ingreso es mayor con respecto al V y X semestre, lo que pudiera indicar un posible índice de abandono de jóvenes del sexo masculino en los primeros semestres de la carrera.

En cuanto al rango de **edad** se observó predominio entre los 21 y 24 años, en los cuales este grupo de estudio sufre cambios físicos y psicológicos propios del ciclo vital.

Según los resultados para la variable **estado civil**, **destaca** en todos los semestres, una alta proporción de estudiantes solteros en el primer semestre, condición que cambia en el transcurso de la carrera, observando un pequeño porcentaje que toma la decisión de casarse o de mantener uniones libres.

Al determinar **la variable para número de hijos**, un número pequeño de estudiantes tuvo o ha tenido hijos durante la carrera,

especialmente observada en el V semestre, y en su mayoría el mayor índice de frecuencia se registró para en la opción de 1 hijo.

Los resultados observados con relación a la variable **embarazo actual**, el mayor porcentaje se ubica para el grupo del V semestre, característica que coincide en la misma época que decide vivir en pareja, y formar una familia pues surge la llegada de los hijos. Esta situación en particular configura un factor estresante, pues conjuntamente con las responsabilidades académicas, estos jóvenes deben cumplir con los compromisos familiares y la crianza de los hijos.

Con relación a los resultados obtenidos para el índice de **inserción laboral y apoyo económico** de estos universitarios, se observa que los estudiantes, de nuevo ingreso no forman parte del mercado laboral, modificándose esta característica para el V y X semestre donde un porcentaje importante de estudiantes alternan sus actividades académicas con alguna actividad laboral y, finalmente para el apoyo económico se observa que una proporción elevada de estudiantes a partir del V semestre cuentan con **alguna beca**, aunque la cantidad no sea elevada para satisfacer las necesidades básicas; justificando de esta manera la inserción laboral de este grupo de universitarios, lo que demanda una mayor actividad y por ende un mayor estrés.

Al evaluar variables para determinar la existencia de **problemas familiares**, muy pocos estudiantes de Enfermería a lo largo de la carrera tienen problemas familiares. Por su parte, ninguno de estos grupos, **tienen materias pendientes**, lo que se explica según la ubicación de estos semestres en el diseño curricular, donde el estudiante de nuevo ingreso cursa las materias y número de créditos establecidos en el diseño curricular, en este sentido para llegar a las asignaturas del IV semestre consideradas como Clínicas propias de la carrera ya se deben haber cubierto las materias del ciclo básico, es decir haber aprobado todas las asignaturas.

Por otra parte, al evaluar los resultados para medir la presencia de **problemas de salud**, el mayor exponente de esta característica se ubicó para el grupo del V semestre. Mientras que, con relación a haber tenido **experiencias con la muerte** éstas se incrementan, al avanzar en la carreras, resalta que esta característica no solo se presenta con relación a familiares y amigos, sino que la carrera en sí misma ha de enfrentar a estos estudiantes a experiencias con la muerte durante el desarrollo de sus prácticas asistenciales, lo que puede convertirse en un factor estresante que afecte de alguna manera la esfera emocional del grupo estudiado. En este sentido (Cruz, Roa, Villaverde y Benbunan, 2005) en los resultados de su estudio determinaron que las vivencias del dolor y la muerte producen experiencias estresantes en los estudiantes de enfermería.

Los resultados antes señalados, se relacionan con aspectos teóricos que consideran que la Salud Mental está sujeta a múltiples factores sociales y familiares, que se convierten en factores estresantes, cuya presencia puede disminuir la capacidad de respuesta psicológica para mantener el equilibrio ante las situaciones de riesgo. La mayoría de los estudios el sexo femenino se encuentra en mayor proporción, asumiendo que la mujer ha incursionado en los espacios académicos, y muy particularmente en las Escuelas de Enfermería, por las características particulares de la profesión.

Con relación al estado de la Salud Mental en los estudiantes de Enfermería a través de la aplicación del Goldberg GHQ-28.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos al evaluar la Salud General de Goldberg se encontró que del total de la muestra estudiada el 20% fueron considerados casos positivos, con relación a las subescalas, los resultados reflejaron la presencia de **ansiedad e insomnio**, seguido de **síntomas psicosomáticos** cuyos porcentajes aunque no son elevados, pueden incidir desfavorablemente en la Salud Mental de los

estudiantes de Enfermería; estas características son similares con las encontradas en el estudio realizado por Arias, C. (2011), cuyos resultados reportaron que 19.1% de los estudiantes de pregrado de la Escuela de Bioanálisis de la ULA, dieron positivo para el Goldberg y podrían estar en riesgo de padecer alteraciones de la Salud Mental.

Por su parte, en el estudio realizado por Pereira (2011) se encontró que del total de los estudiantes de odontología de la ULA, en situación de alta y baja exigencia académica un 22,7% fueron considerados positivos valores que ascienden de manera significativa en la medida que avanzan en la carrera. En este mismo contexto (Morales, 2010) encontró que una cuarta parte de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo presentan alteraciones de salud mental evaluada a través del GHQ-28. Los resultados del estudio realizado por Feldman y col (2008) reportaron la presencia de pocos problemas de salud autopercebidos, obteniendo mayor nivel en las sub escalas de angustia y ansiedad, seguido de la somatización.

Estimar las necesidades de atención psicológica y/o psiquiátrica en los estudiantes de enfermería sujetos de estudio.

Los resultados han mostrado que, los estudiantes en mayor proporción no han utilizado atención psicológica y/o psiquiátrica, sin embargo, esta necesidad se incrementa gradualmente en menor escala cuando los estudiantes del I semestre y del V semestre **creen que han podido necesitar psicoterapia o psicoanálisis**; observando que en el X semestre algunos de los sujetos estudiados utilizaban para el momento del estudio algún tipo de ayuda psicológica, para atender algunos trastornos emocionales derivados de preocupaciones económicas y/o problemas asociados con la carrera. Estos resultados se relacionan con los obtenidos por Perales (2003) cuando describió y comparó el estado de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas, a fin de aportar criterios de intervención orientada al manejo

preventivo del estrés ante situaciones que deben afrontar durante su formación profesional en el área de la salud; puesto que los estudiantes mostraron un incremento en el cansancio emocional y estrés psicológico desde el 1° al 5° año requiriendo ayuda psicológica.

Asimismo, el estudio realizado por Alejano, A., y col. (1998) en la Universidad Autónoma de Madrid,(UAM) quienes utilizaron la encuesta de salud mental de estudiantes universitarios que incluye el Goldberg HGQ-28-plus para comparar el estado de salud mental en estudiantes de 1º y 3º curso de la Facultad de Medicina según sexo y curso; los resultados se relacionan en cuanto a la necesidad de atención psicológica y/o psiquiátrica de los estudiantes antes, durante la carrera y se observa que un grupo de estudiantes que manifestó no haber utilizado atención psicológica creen que la pueden necesitar. De igual manera los resultados encontrados por Arias (2011) reflejan que los estudiantes están conscientes de necesitar ayuda psicoterapéutica. En el estudio de Alejano, y col. (1998) los resultados evidenciaron que los estudiantes no han recibido ayuda psicológica antes de iniciar la carrera, un 33% de los estudiantes la ha necesitado en algún momento y solo un 10% considera que la necesita.

Indagar la relación existente entre estudios y salud en los estudiantes de enfermería circunscritos al estudio.

Los **factores influyentes de forma negativa** en la calidad de vida, se ubican en la categoría de la escala nada=1 ó poco=2, aplicándose este último a los factores: cambio domicilio, relación entre estudiantes y docentes, tensión acumulada en los exámenes y tensión acumulada a lo largo de los cursos pasados, sobre todo, en el X semestre. La demanda de tiempo y atención que tiene la carrera sobre la vida de un porcentaje considerable de los estudiantes de los tres cursos encuestados, no les ha sido posible continuar con ninguna de sus otras actividades y aficiones. En cuanto a las **expectativas de la carrera**, se ubica en la categoría de la

escala bastante=3 y mucho=4 destacándose desarrollo personal, conocimientos, adquirir habilidades, aprender actitudes, autoconocimiento, adquirir capacidad profesional, estudiar y velar por la salud de otros.

Estos resultados obtenidos en I, V y X semestre, indican buena relación entre estudios y salud en los estudiantes de enfermería circunscritos al estudio; tal como sucedió en el estudio de Alejano, y col. (1998) quienes valoraron las expectativas de los estudiantes al inicio de la carrera y su grado de cumplimiento. De igual manera encontraron que un 73% de los estudiantes que considera que la relación con los profesores afecta su calidad de vida, presentaron un GHQ-28 positivo, seguido por un 56,6% que se ve afectado en el periodo de exámenes. También Al Nakeeb y col (2002) en su estudio interdisciplinario ampliado al campo de otras facultades, utilizando el Cuestionario de Salud Mental de estudiantes universitarios Goldberg (HGQ-28) al comparar el grado de satisfacción con respecto a su periodo de formación universitaria; así como, los factores estresantes de la vida académica y su influencia en estudiantes universitarios, no encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Describir los hábitos personales y generales ante el consumo de diferentes sustancias en los estudiantes de enfermería de la ULA Mérida.

Los resultados según la opinión de los estudiantes de la escuela Enfermería de los I, V y X de la ULA, con relación a los hábitos de consumo percibidos en sus compañeros se encontró que: El consumo de café, infusiones y refrescos, alcohol de baja graduación se da esporádicamente =3 y para el consumo de alcohol de alta graduación, cacao y tabaco puntualmente =2. Con relación al consumo Personal los resultados reflejan que: El consumo de café se da esporádicamente =3, el consumo de infusiones, refrescos, alcohol de baja y alta graduación, así como el cacao ocurre puntualmente =2. Estos resultados pueden estar

asociados con la presencia de hábitos nocivos que pueden alterar la Salud Mental de los estudiantes; tal como se evidenció en el estudio realizado por Perales, Sogi y Morales (2003), en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas; en cuyos resultados se encontraron problemas de Salud Mental en ambas poblaciones, con relación a la presencia de altos niveles de estrés, además se evidenció la prevalencia en el uso/abuso de cigarrillos y alcohol; desarrollo de conductas disociales y violentas; así como, un estilo de vida afectado por las exigencias de los estudios médicos con pocas oportunidades de disfrute de entretenimiento social. Entre las conclusiones estos autores destacan, que los estudiantes podrían beneficiarse, si dentro de las instituciones educativas se establecen, programas de intervención orientados al manejo preventivo del estrés.

Por su parte, Alejano, A., y col (1998) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo subjetivo y real de café (89% frente al 50%), tabaco (83,8 frente a 16,5), alcohol de baja graduación (68 frente al 36,1), alcohol de alta graduación (22,7 frente a 5,3), cannabis (6.6 frente a 2), cocaína (2,9 frente a 0,4), ansiolíticos (58,4 frente a 7,7), sustancias que al estar presentes se constituyen como un factor de riesgo la salud de los universitarios.

Determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes de Enfermería.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento en los estudiantes de Enfermería ante las situaciones estresantes, permiten inferir que tanto los estudiantes del primer, quinto y décimo semestre *no lograron un significativo dominio de la técnica de **afrontamiento activo de expresión emocional***, pues aunque sus medias estén apenas por encima de 10, poseen desviaciones típicas entre 3 y 4 puntos, lo que indica que un número significativo de los

encuestados está por debajo de 10; los tres grupos expresan haberse afectado emocionalmente a la hora de hacer frente a sus problemas.

En los últimos dos semestres muestran haber hecho **uso del apoyo social**, un buen instrumento para superar sus problemas, especialmente el V semestre, pero el grupo de I semestre el cual está integrado por los estudiantes de nuevo ingreso a la carrera de enfermería, aunque muestran una media apenas superior a 10, presenta un grado de dispersión considerable de 5,87 puntos, lo que da a entender que un número importante de encuestados, en lo absoluto o por lo menos muy poco, superó sus problemas gracias al apoyo social. Los tres grupos expresan haber hecho bastante uso una **reestructuración cognitiva** a la hora de hacer frente a sus problemas.

Muy pocas veces se utilizaron la **técnica pasiva de afrontamiento: autocrítica**, demostrado en el grado de dispersión de las respuestas, una fuerte polarización que convierte al conjunto general en un grupo heterogéneo, siendo el mejor exponente de esta característica los estudiantes del primer semestre quienes presentan una desviación típica prácticamente idéntica a la media y un mínimo que va desde “0” hasta un máximo de 20 puntos. Ahora bien, los grupos que funguen como mejores exponentes de **pensamientos desiderativos** son el primer y décimo semestre, los cuales presentaron las medias más altas, especialmente el primer semestre.

El quinto semestre, presenta la media más alta en afirmar haber preferido, en bastantes oportunidades, **evitar los problemas** como técnica pasiva de afrontamiento; ninguno de los tres grupos se involucraron en lo absoluto o por lo menos muy poco con la técnica pasiva de afrontamiento: **retirada social** (RES), pues en promedio general la media del grupo es de 5,83, con una desviación típica de 3,98 demostrando un índice considerable de dispersión en las respuestas, convirtiéndolo en un grupo polarizado.

Los resultados obtenidos denotan la necesidad de atención psicológica para orientarlos en el uso de estrategias de afrontamiento y control de los acontecimientos propios de las actividades académicas de la carrera de enfermería, de esta manera se establece una estructura o comportamiento que afecta el proceso de aprendizaje y la salud mental para prevenir la ansiedad y el insomnio como amenazas percibidas; del mismo modo, que Jiménez, Martínez y Sánchez (2012), en su estudio para determinar si el estado de ánimo negativo puede explicarse a partir del estrés percibido y del estilo de afrontamiento; cuyos resultados muestran que el estrés percibido y un uso frecuente de un estilo de afrontamiento pasivo son factores predictores del estado de ánimo negativo. Castaño y León (2010) encontraron que la estrategia mas utilizada fue el apoyo social seguido de la evitación de problemas. Y los extrovertidos tienden a utilizar estrategias de afrontamiento mas adaptativas, siendo la menos utilizada la reestructuración cognitiva.

En el mismo orden de ideas, existen semejanzas con la investigación realizada por Benavente, Quispe y Callata (2006) cuyas como conclusiones refieren que: la mayor parte de la población estudiada fue de sexo femenino, con rango de edad de 19 a 20 años, el año de estudio que apuntó mayor número de estudiantes y mayor nivel de estrés fue el primer año, (tal como sucedió en este estudio); Las estrategias más utilizadas orientadas al problema fueron: “planificación” y “afrontamiento activo”; orientadas a la emoción: “reinterpretación positiva y crecimiento” y “negación” y orientadas a la percepción: “desentendimiento mental” y “enfocar y liberar emociones”. Por su parte Posada (2006) en su trabajo “Estrés y afrontamiento académico y laboral en estudiantes universitarios” obtuvo en sus resultados que las estrategias más empleadas por los estudiantes son las activas. De igual manera los resultados del estudio realizado por Cornejo y Lucero (2005) reflejaron que la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social son las estrategias más empleadas por este grupo de estudiantes.

CONCLUSIONES

Se rechaza la hipótesis planteada para este estudio.

- En cuanto a las características socio demográficas predominó el sexo femenino, con edad promedio entre 21 y 24 años, en su mayoría solteros, algunos tienen hijos alternando sus actividades académicas con jornada laboral. Manifestaron problemas familiares al ingresar a la carrera y expresan problemas de salud durante el V Semestre. Se incrementan las preocupaciones de diferente índole y las experiencias con la muerte a medida que avanzan en la carrera.

- A través del GHQ-28 se percibe que un grupo de estudiantes está en riesgo de padecer alteraciones de la Salud Mental, entre ellos problemas emocionales como la ansiedad e insomnio y síntomas somáticos durante el período de formación.

- Aunque los estudiantes no hayan utilizado la ayuda psicológica, un alto porcentaje consideró haberla necesitado.

- El cambio de domicilio y la tensión durante los exámenes no alteran su calidad de vida, en su mayoría comparten la actividad académica con alguna actividad o afición. De igual manera expresan satisfacción con la carrera.

- Los estudiantes perciben en ellos y en otros un consumo esporádico y puntual de café, infusiones, refrescos, tabaco y alcohol de baja y alta graduación.

- Se observó diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento activo de manera global, mas no así al discriminar sus indicadores. En cuanto al afrontamiento pasivo las diferencias no son significativas.

RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados de esta investigación a las autoridades de la Escuela de Enfermería y la Facultad de Medicina de la ULA, y proponer la creación de unidades de apoyo estudiantil.

- Mostrar estos resultados a la comunidad estudiantil, con el propósito de sensibilizarlos y obtener su cooperación en la planificación y desarrollo de las actividades dirigidas a la promoción de la salud mental.

- Hacer una réplica de esta investigación, en la Escuela de Enfermería aumentando la muestra, haciéndola extensiva a otros semestres dadas las características del diseño curricular. De igual manera promover estudios con poblaciones estudiantiles de otras escuelas de la Universidad de los Andes.

- Establecer una línea de investigación dirigida a promover la salud mental y calidad de vida de todos los estudiantes y profesores de la ULA. Fortaleciendo y difundiendo la necesidad de incorporar unidades de apoyo psicológico de manera interdisciplinaria y con la participación de la comunidad estudiantil a través de las actividades programadas en el servicio comunitario.

- Establecer relaciones institucionales con las instancias encargadas del bienestar estudiantil de la Universidad como la Dirección de Asuntos Estudiantiles (DAES), Servicio Comunitario, de igual manera establecer alianzas estratégicas con otras instituciones de educación superior y del estado comprometidas con el desarrollo educativo de la región.

- Desarrollar programas psicoeducativos para promover el desarrollo de estrategias conducentes a fortalecer la salud mental en la comunidad estudiantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Nakeeb Z, Alcázar J, Fernández H, Malagón F & Molina B., Poveda, J. (2002) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Universidad Autónoma de Madrid. [Acceso 15 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html>
- Alejano, A., Almoguera, J., Arranz, E., Barbero, P., Gutiérrez, B., Herrera, I., y López-Botet, B. (1998) Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes Universitarios: www.psicología-positiva.com/Psicologiapos.pdf
- Arias F. (2006). *El proyecto de investigación introducción a la metodología*. 5ta edición. Editorial Episteme.
- Arias, C., (2011). La Sensibilidad Emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de Ayuda Psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis. Universidad de Los Andes. Intervenciones Terapéuticas. Trabajo para optar al grado de Doctor. Universidad Autónoma de Madrid.
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC). Declaración de posición del CIE: Protección del título de "Enfermera". 2006. [Consultado el 23 de mayo 2008]. Disponible en: <http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=9287649&cmd%5B11%5D=c-1-63>
- Ayerbe, L.M., Díaz, L., Escudero, T., Esquinas, S Fernández, MF., Fernández, L., González, T., González, M., De Jesús, M., Pérez, M y Santa María, A. (1998) "Salud Mental en estudiantes de Medicina. XI Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Benavente, SB., Paucar, G., Llerena, G. (2006). Nivel de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes de la Facultad de Enfermería– UNAS Arequipa. Enfermería Global. Revista electrónica ISSN 1695-6 N° 19. Disponible www.um.es/eglobal. Junio 2010.
- Berrios, F. (2005) Nivel de vulnerabilidad frente al estrés y mecanismos de afrontamiento en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería. Redalyc Red de Revistas Científicas de

América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/berrios_gf/pdf/berriosgf.pdf

Briones (2008). (2008). *El proceso de la Investigación Científica* (6ª. ed.). México: Limusa.

Cano A, Tobal J.(2001) *Emociones y salud. Ansiedad y estrés*. 2001;7 Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/8652/>

Castaño, E. y León, B. (2010) Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010, 10, 2, pp. 245-257 Universidad de Extremadura, España. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Benavente, SB., Paucar, G., Llerena, G. (2006). Nivel de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes de la Facultad de Enfermería– UNAS Arequipa. *Enfermería Global*. Revista electrónica ISSN 1695-6 N° 19. Disponible www.um.es/eglobal. Junio 2010.

Berrios, F. (2005) Nivel de vulnerabilidad frente al estrés y mecanismos de afrontamiento en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería. Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/berrios_gf/pdf/berriosgf.pdf

Briones (2008). (2008). *El proceso de la Investigación Científica* (6ª. ed.). México: Limusa.

Cano A, Tobal J.(2001) *Emociones y salud. Ansiedad y estrés*. 2001;7 Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/8652/>

Castaño, E. y León, B. (2010) Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010, 10, 2, pp. 245-257 Universidad de Extremadura, España. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Cerda, U. (2009). *Investigación. Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José, Costa Rica: EUNED.

Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela. Aprobado por el Comité Ejecutivo de la Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela. Caracas-Venezuela Febrero 1999.

Código Deontológico para la profesión de enfermería. (2005). Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. <http://www.unav.es/cdb/>. Comprobado el 3 de noviembre de 2005

Collière, M. (1993). Promover la vida. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Declaración de posición El desarrollo de la carrera profesional en la enfermería 2007 [Consultado el 20 de Mayo 2010]. Disponible en URL: <http://www.icn.ch/pscardevsp.htm>.

Consejo Internacional de Enfermeras CIE. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006 [Consultado el 20 de Mayo 2010]. Disponible en URL: <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial N° 5.453. Ediciones Juan Garay. Caracas.

Cook, J., Fontaine K (1998) Enfermería Psiquiátrica. España: McGraw Hill – Interamericana.

Cooper C, Watts J, Kelly M. "Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental practitioners in the UK". British Dental Journal. 16: 77-81.

Cornejo M. y Lucero, MC. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionado con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. Fundamentos en Humanidades, año/vol. VI, número 012 Universidad Nacional de San Luis. San Luis Argentina pp. 143-153. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/184/18412608.pdf>

Cortina A. y Conill J. 2000. En: Polo M. Ética Profesional. Gestión del tercer milenio. Revista de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas. [Revista en Internet] 2003; 6 (12) [Consultada 15 de Junio 2010]. Disponible en: <http://racionalidadpractica.blogspot.com/2007/10/tica-profesional.html>

Cova, F., Alvial, W., Bonifetti, A., Hernández, M., y Rodríguez C. Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. Revista Terapia Psicológica 2007, Vol. 25, N°2, 105-112 versión On-line ISSN 0718-4808

- Cruz, F., Roa, J., Villaverde, C. y Benbunan, B. (2005). *Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención*. International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1697-2600
- Declaración Universal de Derechos Humanos (2006). Asamblea General de las Naciones Unidas. Material mimeografiado. FEDEUPEL. Venezuela.
- Díaz, Y. (2010) Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. Rev Hum Med v.10 n.1 Ciudad de Camaguey ene.-abr. 2010
- Diccionario Real Academia Española de la Lengua. 22 ed. Madrid: Editorial Espasa Calpe; 2001.
- Donahue, P. (1985). Historia de la Enfermería. 1 ed. Madrid: Mosby.
- Durkheim, E. (1995). *La división del trabajo social*. 3a ed. Madrid: Akal.
- Ellis A. y Hartley M. En Neves E. Texto de curso: El compromiso Social de Enfermería como Disciplina Científica. Universidad de Concepción, Chile. 1988.
- Enciclopedia de la psicología, Volumen II. (2001) Editorial Océano de Venezuela S.A.
- Falcó A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Educación Médica 2004; 7 (1): 42-45.
- Feldman, L, Goncalves L, Chacón, Grace P; Z, Pablo J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychol* 7(3):739-751 Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000300011&lng=es&nrm=iso
- Fernández J. Elementos que consolidan al concepto de profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa. 2001; 3 (1). [Consultado el 12 de Mayo 2010]. Disponible en URL: <http://redie.uabc.mx/contenido/vol3no2 /contenido-fernandez.pdf>
- Flexner A. En Fernández J. Elementos que consolidan al concepto de profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa. 2001; 3 (1). [Consultado el 12 de Mayo

2008]. Disponible en URL:
<http://redie.uabc.mx/contenido/vol3no2/contenido-fernandez.pdf>

Florenzano, R (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo y factores protectores*. En: Florenzano, Valdés eds. *El Adolescente y sus Conductas de Riesgo*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Tercera Edición 005; 99-112. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0034-9887200800030000600001&pid=S0034-98872008000300006&lng=es>

Freire, P. (1993) *Pedagogía de la Esperanza*. (14ª Edición), México: Siglo XXI.

Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C, González, I., Sepúlveda, R. y Rojas, G. (2006). Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.

García C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 15: 88-97. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.htm

García, C. y Martínez, M. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. España: Harcourt.

Goffman (1981). Goldberg DP, *Cuestionario de salud general (GHQ)*. Ed. Masson,

Goldberg DP, Bridges KW. (1987), Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 37:15-18.

Goldberg, D., Williams, P. (1996) *Cuestionario de salud general (GHQ)*. Ed. Masson.

González de Rivera, JL (2006) *Crisis emocionales: como salir airoso y reforzados de nuestras crisis*. Editorial Espasa Calpe, S.A. 1ª edición. Madrid. (Pag 68-78)

González-Pinto A, Ylla L, Bulbena A, González de Rivera J, Zupiría X, Iturriaga I. (1994) Factores de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios. *Anales de Psiquiatría*; 10: 270-283.

- Guariglia Osvaldo (2006). *Una Ética para el Siglo XXI.* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina. Primera reimpresión.
- Guarino, L. y Feldman, L. (1995). Estilos de afrontamiento a eventos estresantes en una muestra de estudiantes universitarios. *Comportamiento*, 4, 25-45.
- Hernández J., Moral de Catalabra P. y Esteban Albert M. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y método. 2ª ed. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill; 2003
- Hernández, E. Cerezo G. y López, M. (2007). *Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras.* Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 15 (3): 161-166.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación.* (5ª. Ed.). México: McGRAW Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Herrera V, Guarino L.(2008) Sensibilidad emocional estrés y salud percibida por cadetes navales venezolanos. *Universitas Psychologica, Enero-abril, año/vol. 7, numero 003 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Disponible en:* <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64770114.pdf>
- Herrera, J., Llorente, V, Ortega., M, Pintado., J, Valdivia, M. (2011). "Evaluación del estado de Salud Mental en estudiantes de Medicina y su relación con factores académicos." Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://animasalud.files.wordpress.com/2009/02/anisedad-angustia-strees.pdf>
- Illesca, M.; Cabezas, M.; Nuin, C.; Jürschik,J. (2010) Competencias del Docente Clínico Enfermera/o, Universidades Lleida (España) Y la Frontera (Chile): Percepción Del Estudiante. *Ciencia Y Enfermería XVI* (2): 99-106, 2010 ISSN 0717-2079
- Jiménez, M., Martínez, P., Sánchez, A. I. (2012) Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. Artículo de Revista. *Anales de Psicología* 2012/V28/No.1 Página(s) 28-36
- Joffre, V., -Velázquez, García, G., Lin, D. y Cruz, L. (2007) Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. (A través de la aplicación del Cuestionario General de Salud en su versión de 30

- ítems). Alcmeon N° 52, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVI, Vol. 13, N°4, Marzo de 2007, págs. 40 a 47.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2000). Sinopsis de Psiquiatría. 8va edición. Tomo II. Barcelona, España: Salvat.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal and coping, Nueva York, Springer Publishing Company.
- Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989
- Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. 2ª ed.
- León, J y Medina, S (2001) *"Psicología de la Salud"* Fundamentos teóricos y metodológicos en Chile.
- Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.263 del 1 de septiembre 2005.
- Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.272 del 14 de septiembre de 2005.
- Ley de Universidades (1970). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 28.262 del 8 de septiembre de 1970.
- Ley Orgánica de Educación (2009). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.929 del 15 de agosto de 2009.
- Ley Orgánica de Participación Ciudadana y Poder Popular. (2006). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.421, Abril 21, 2006.
- Lloyd y Castrillón Agudelo M. Panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina, segunda parte. Rev Enferm IMSS. 2006; 14(3): 145-165. (1989).
- Lloyd y Gastrell (1984). Evaluación del estado de Salud Mental en estudiantes universitarios. *ACMEON*. 13:40-47
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled versión of the General Health Questionnaire (G.H.Q.-28) in Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.

- Manfredi M. El Desarrollo de Enfermería en América Latina: una mirada estratégica. Rev. Latino Americana de Enfermagem 1993; 1 (1): 23-35
- Marriner A. y Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6^{ta} ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Martín, I. (2007). *Estrés en estudiantes universitarios*. Apuntes de Psicología. ene. 2007, vol. 25, n° 1. [citado 13 Marzo 2010]. Disponible en la World Wide Web: ISSN 0213-3334.
- Martínez, A., Reyes, G., García, A. y González, M. (2006) Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. Psicothema 2006. Vol. 18, n° 1, pp. 66-72 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. Disponible en: www.psicothema.com Copyright © 2006 Psicothema
- Matud M, Díaz F, Rodríguez V, Matud J.(2003) Diferencia de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología clínica legal y forense*; 3(1): 5-15.
- Mejía, A. (2012) Conducta empática en estudiantes de Ciencias de la Salud. Universidad de los Andes. Tesis Doctoral no publicada.
- Miguel, M, Lluch, MT, En Novel (2000). *Relaciones interpersonales., Enfermería Psicosocial y Salud Mental* (pp. 11-17).Barcelona. España: Editorial MASSON
- Molina, B. (2004). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. [Documento HTML]. Disponible en web: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html>
- Montero, M. (2006) Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. Editorial PAIDÓS. Buenos Aires. Disponible: <http://www.esnips.com/doc>. Consulta: 09/08/2011.
- Monzón I, (2007). Estrés Académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología* 25, (1), 87-99. Universidad de Sevilla. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2351037>

- Morales, F. (2010). Tesis Doctoral Estudio de Salud Mental en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.
- Moreno, B., Gonzales, J.L., Garrosa, E. y Peñacoba, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *ROL Enfermería*, 25(11), 18-26
- Oramas A, Santana S & Vergara A. (2006) El Bienestar Psicológico, un indicador positivo de la Salud Mental. *Revista cubana de salud y trabajo*. 7: 34-39.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). La Enseñanza de la Psiquiatría y la Higiene Mental a los Estudiantes de Medicina. IX Informe del Comité de Expertos en Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf [Consulta: 2012, Abril 30]
- Organización Mundial de la Salud (2009). Salud mental. [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/topics/mental_health/es/ [Consulta: 2012, Abril 30]
- Organización Mundial de la Salud. 38.ª sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo: LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LAS METAS DE SALUD. Washington, D.C., EUA, 24 al 26 de marzo de 2004 Punto 5 del orden del día provisional SPP38/4 (Esp.) 18 febrero 2004
- Pallavicini, J; Venegas, L; Romo, Omar (1998). Estrés en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile / Stress among medical students of the Universidad Católica de Chile *Rev. psiquiatr. clín. (Santiago de Chile)*; 25(1):23-
- Park y Adler (2003) Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25 (1), 87-99.
- Pelechano V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona.

- Perales A, Sogi C y Morales R. (2003) Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 64, (4): 239 – 246.
- Pereira, A. (2011). Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología en situación de alta y baja exigencia académica en la Universidad de Los Andes de Venezuela. Tesis Doctoral presentada a la Universidad Autónoma de Madrid.
- Perlman y Cozby (2001). *Psicología social*. México: Interamericana, S.A.
- Posada, M. (2006) Estrategias de afrontamiento académico y laboral en estudiantes universitarios. Artículo de Revista. *Dialéctica: Revista de Investigación* No. 20 (DIC. 2006) p29-42. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78511885001.pdf>
- Poveda, J. (1981) *Locura y Creatividad*. Madrid - España: Editorial Alhambra, S.A.
- Pozo (2001). *Aprendizajes y maestros. La nueva cultura del aprendizaje*. Alianza Editorial, S.A. Madrid España.
- Prada, E. (2005) *Psicología Positiva & Emociones Positivas*. Psicología Positiva.com acceso 08 de agosto de 2011; disponible en: www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf
- Ramis, R y Sotolongo, P . (2009) .Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4): 65-77
- Regina, A., F. Furegato, M., C. Ferreira, C., y Lobo, M (2009). Comparando conocimientos y opinión sobre depresión entre enfermeros de los servicios de salud. *Rev. Salud pública*. 11 (2): 200- 211
- Reig, A., Cabrero J, Rosario I, Ferrer, M Martínez, R. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf>
- Reyes, Castillo, M, Espinoza,G, Zapata, D.(2009) *Modelos teóricos de salud mental*. Universidad de Concepción .Chile.

- Ricart, M., Redacción. (25 de octubre del 2007). Enfermos por falta de sueño. Prensa.com / Sección Psicología. Recuperado el 26 de junio del 2011 en <http://www.prensa.com/actualidad/psicologia/2007/10/25/index.htm>
- Rincón L, Guarino L (2008) Estrés laboral, afrontamiento. Sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos *Revista Colombiana de psicología* N° 17 disponible en: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80411803003.pdf
- Riveros, M., Hernández, H., Rivera, J. (2007) Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.
- Rodríguez J. y Guillen M. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Revista española de investigaciones sociológicas* (Edición digital). 59: 9-18. [Consultado el 20 de mayo 2010]. Disponible en: <http://www.reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=843&autor=JOSEP+A.+RODR%CDGUEZ%2C+MAURO+F.+GUILL%C9>
- Romero, N. (2002). El Aprendizaje Servicio. En Estudio sobre la Nueva Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Caracas: Ediciones Paredes.
- Ruiz, A., Gómez, C. y Londoño, D. Investigación Clínica: Epidemiología clínica aplicada. Bogotá: CEJA 2001.
- Sabino, C. (2008). *El proceso de investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Salanova, M., Martinez, I., Bresó, E., Llorens, S. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de psicología*, vol. 21, nº 1 (junio), 170-180. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16721116.pdf>
- Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. *Revista Horizonte de Enfermería*. 1988; 9 (1):7-21.

- Sellán, M.C. (2007). Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España. Tesis doctoral inédita. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Sellán, M.C. (2010). La Profesión va por dentro: Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea. 2ª Ed. España: FUDEN.
- Sierra, J.; Ortega, V.; y Zubeidat, I. (2003) Ansiedad, angustia y estrés: Tres componentes a diferenciar. Revista Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza / V. III / N. 1 / P. 10 - 59 / MAR. 2003.
- Sosa, E. (2004) Módulo de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Trabajo no publicado. Universidad de los Andes. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Programa de Profesionalización. Mérida. Venezuela.
- Tobal, Díaz y Fernández (1998). *Organización Mundial para la Salud*. Coordinador del proyecto Ciudades Saludables y representante de la oficina europea.
- Universidad de Los Andes (ULA), experiencia reportada en cumplimiento de la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior.
- Vara, A. (2006) Aspectos generales de la Depresión: Una revisión empírica. Perú: Centro de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Disponible en: http://aristidesvara.net/pgnWeb/libros/arch_libro/Libro_Depresion.pdf
- Vázquez, A. (2011) El papel del conocimiento histórico en la constitución de la identidad enfermera en España: Una perspectiva mediacional sobre el conflicto disciplinar. . Tesis Doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Verloisse (2007). *Departamento de Orientación, Escuela Naval de Venezuela Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento*, del decanato de Estudios de Postgrado de la Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Vila, J. (1984) Técnicas de reducción de la ansiedad. Manual de Modificación de Conducta. Madrid: Editorial Alhambra, S.A.

Virues Elíozondo, R. A. (2005, 25 de mayo). Estudio sobre ansiedad. Revista PsicologíaCientífica.com, 7(15). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

Walles (2010). *Una visión integral de la Psicología*. México, Editorial Alamah.

ANEXOS

ANEXO 1

Glosario

A continuación se presentan algunos términos de carácter polisémicos utilizados en el desarrollo del presente trabajo.

Salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de su Constitución en 1948, define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Salud Mental: La OMS en el 2009 la define como, un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Afrontamiento: Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona” Para ello manejar el estrés incluiría no sólo el dominio sino la aceptación, la tolerancia la evitación o la reducción de las condiciones estresantes.

Estilos de Afrontamiento: Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional.

Estrategias de Afrontamiento: También denominadas con el término inglés *coping*, son procesos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

Factores de Riesgo: En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. Son factores ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Calidad de Vida: Concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social como es percibido por cada individuo y cada grupo. Dependen también de las características del contexto (familiar, académico, social o laboral) en que el proceso tiene lugar. Concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades.

Aprendizaje-servicio: ha sido definido como una metodología de enseñanza por la que los estudiantes adquieren una mejor comprensión del contenido académico aplicando competencias y conocimientos al beneficio de la sociedad. Es un método por el cual los estudiantes aprenden y se desarrollan a través de la activa participación en un servicio cuidadosamente organizado, que es conducido y que atiende las necesidades de una comunidad.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para responder las encuestas que está aplicando la profesora Lic. Moraima A. Peña Ruiz de la Escuela de Enfermería - Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela. Con el propósito de evaluar la Salud Mental y Afrontamiento de los Estudiantes de Enfermería.

Estoy consciente que la información que estoy suministrando será utilizada con fines de investigación.

Entiendo que fui elegido/a para ésta investigación por ser estudiante de esta Facultad. Además doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial, de manera que no se revelara a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se me solicita en cualquier momento, incluso después de llenar la encuesta.

Además afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con la profesora MORAIMA A. PEÑA RUIZ, Investigadora responsable del Estudio: Departamento Materno Infantil de la Escuela de Enfermería al número de teléfono (0274) 2403067.

Fecha: _____

Participante

Firma del (de la)

Firma del Investigador Principal

ANEXO 3
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL
E INTERVENCION EN CRISIS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Carrera: Medicina _____ Enfermería _____ Odontología _____

Núcleo: _____ Año/Semestre: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____ Edad _____

Estado Civil: Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Unión
Libre ___

Tiene Hijos/as? Si _____ No _____ Cuantos? _____

Embarazo Actual? Si _____ No _____

Con quién vive usted? _____

Trabaja? Si _____ No _____ Becado/a? Si _____ No _____

Quién le apoya económicamente? _____

Actualmente tiene problemas familiares? Si _____ No _____

Especifique:

Actualmente repite o arrastra alguna materia? Si _____ No _____

En su diario vivir tiene algún aspecto que la preocupa? Si _____ No _____

Especifique:

Ha tenido la experiencia de padecer algún problema de salud grave?

Si _____ No _____ Usted _____ Familiar _____ Amigo _____

Especifique:

Ha tenido la experiencia con la muerte?

Si _____ No _____ Usted _____ Familiar _____ Amigo _____

Especifique:

ANEXO 4 INSTRUCCIONES

1. Por favor lea con detenimiento.
2. Señale claramente la opción elegida.
3. El cuestionario es anónimo. Se garantiza la confidencialidad, y los datos solo serán tratados de manera colectiva.
4. Una vez finalizada la investigación, los resultados serán publicados.
5. Muchas gracias por su colaboración.

Edad

Nºde Identificación

(Por favor escriba las cinco últimas C.I. en el Recuadro)

Curso Académico:

Sexo: Hombre Mujer

Cuestionario de Salud General de Goldberg –GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de Salud y en plena Forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo/a?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido doleres de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso/a y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
SUBTOTAL A <input type="text"/>	SUBTOTAL B <input type="text"/>

C	D
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Mas activo/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de un medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho/a q lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto

<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto/a y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado
SUBTOTAL C <input type="text"/>	SUBTOTAL D <input type="text"/>

B. AYUDA PSICOLÓGICA

1. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

A lo largo de la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

2. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

A lo largo de la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

3. En la actualidad, ¿está utilizando algún recurso atención psicológica y/o psiquiátrica? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

4. En la actualidad, ¿creé necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

5. Si recibe o cree poder beneficiarse de atención psicológica y/o psiquiátrica, ¿cuáles son las principales razones que le llevan a necesitar esta ayuda? (puede señalar más de uno si procede):

- ☐ Problemas emocionales (pareja, amistades, separación. Violencia
- ☐ Problemas familiares (muerte, divorcio, separación, violencia, ...)
- ☐ Problemas asociados con la carrera (desmotivación, decepción, sobrecarga, hostilidad, estancamiento, frustración, pérdida de confianza en la propia valía...)
- ☐ Problemas económicos (pérdida del puesto de trabajo, desempleo, autofinanciamiento de los estudios, pérdida de beca, ...)

C. ESTUDIOS Y SALUD

1. Por favor, puntúe los factores enumerados a continuación del 1 al 4 según la posible influencia negativa en su calidad de vida, siendo (1= nada, 2= poco, 3= bastante, 4= mucha):

- ☐ Cambio de domicilio: familiar, colegio mayor o residencia, piso compartido, pareja, piso solo...
- ☐ Cambio de facultad o escuela (traslado de expediente)
- ☐ Organización del curriculum (normas y ofertas del plan de estudios)
- ☐ Relaciones entre estudiantes y profesorado
- ☐ Tensión acumulada en los exámenes
- ☐ Tensión acumulada a lo largo de cursos pasados
- ☐ Relación con el personal de administración y servicios
- ☐ Otros

2. Desde que comenzó sus estudios universitarios, ¿le ha sido posible continuar con sus otras actividades y aficiones? (por ejemplo: deportes, música, manualidades, danza, asociaciones...)

Con ninguna ☐ Solo con alguna ☐ Con bastantes ☐ Con la mayoría ☐

3. Antes de esperar los estudios de universidad, ¿qué recuerda que esperaba de la carrera? (1 = nada, 2= poco, 3= bastante, 4= mucho)

- ☐ Enriquecimiento personal
- ☐ Desarrollo personal

Aprender: Concomimiento (teoría)	<input type="checkbox"/>
Habilidades (práctica)	<input type="checkbox"/>
Actitud Humanitaria	<input type="checkbox"/>

- ☐ Relaciones sociales (amigos, gente,...)
- ☐ Autoconocimiento
- ☐ Prestigio, reconocimiento social
- ☐ Dinero
- ☐ Capacidad profesional
- ☐ Disfrutar
- ☐ Ambiente universitario
- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Competitividad
- ☐ Presión académica
- ☐ Estudiar
- ☐ Dificultad

Solo para Ciencias de la Salud

- ☐ Conocer/ usar con eficacia los servicios sanitarios
- ☐ Aprender a cuidar de su propia salud
- ☐ Aprender a velar por la salud de otros

4. Actualmente, ¿Qué piensa haber encontrado?
(1= nada, 2= poco, 3= bastante, 4= mucho)

- ☐ Enriquecimiento intelectual
- ☐ Desarrollo personal
- ☐

Aprender: Concomimiento (teoría) ☐
Habilidades (práctica) ☐
Actitud Humanitaria ☐

- ☐ Relaciones sociales (amigos, gente...)
- ☐ Conocer/ usar con eficacia Serv. Sanitarios.
- ☐ Autoconocimiento
- ☐ Aprender a cuidar de tu propia salud
- ☐ Prestigio, reconocimiento social
- ☐ Dinero
- ☐ Aprender a velar por la salud de otros
- ☐ Capacidad profesional
- ☐ Disfrutar
- ☐ Ambiente universitario
- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Competitividad
- ☐ Presión académica
- ☐ Estudiar
- ☐ Dificultad

5. Teniendo en cuenta su experiencia hasta el momento actual, exprese su grado de satisfacción con: (1= nada, 2= poco, 3= bastante, 4= mucho).

- ☐ Los compañeros
- ☐ Los profesores
- ☐ El personal de administración y servicio (P.A.S.)

D. HÁBITOS

1. Por favor, puntúe las siguientes listas de sustancias de 1 a 5, según el grado de consumo que, en su opinión, se da entre los estudiantes de la facultad, siendo: 1= nunca, 2= puntualmente, 3= esporádicamente, 4= habitualmente, 5=diariamente.

- ☐ Café
- ☐ Otras infusiones y/o refrescos estimulantes
- ☐ Cacao y sucedáneos
- ☐ Tabaco
- ☐ Bebidas alcohólicas de baja graduación (vino, cerveza, vermouth, etc.)
- ☐ Bebidas alcohólicas de alta graduación (ron, whisky, ginebra, wodka, coñac,...)
- ☐ Cannabis y sucedáneos
- ☐ Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc.)
- ☐ Cocaína y otros derivados de la coca
- ☐ Éxtasis y variantes
- ☐ Alucinógenos (LSD, hongos...)
- ☐ Fármacos ansiolíticos (valium®, trankimazin®, rohipnol®, otros tranquilizantes...)
- ☐ Heroína (fumada, inyectada, mezclada en pastillas)
- ☐ Otros
especificar)_____

2. Puntúe de 1 a 5 cada sustancia de la lista que aparece a continuación, según su grado de consumo personal: (1= nunca, 2=puntualmente, 3= esporádicamente, 4= habitualmente, 5= diariamente).

- ☐ Café
- ☐ Otras infusiones y/o refrescos estimulantes
- ☐ Cacao y sucedáneos
- ☐ Tabaco
- ☐ Bebidas alcohólicas de baja graduación (vino, cerveza, vermouth, etc.)
- ☐ Bebidas alcohólicas de alta graduación (ron, whisky, ginebra, wodka, coñac,...)
- ☐ Cannabis y sucedáneos
- ☐ Fármacos estimulantes (anfetaminas, etc.)
- ☐ Cocaína y otros derivados de la coca
- ☐ Éxtasis y variantes
- ☐ Alucinógenos (LSD, hongos...)
- ☐ Fármacos ansiolíticos (valium®, trankimazin®, rohipnol®, otros tranquilizantes...)
- ☐ Heroína (fumada, inyectada, mezclada en pastillas)
- ☐ Otros
(especificar)_____

3. ¿Toma al mismo tiempo algunas de estas sustancias combinadas?

SI ☐ NO ☐

Especificar

ANEXO 5
Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

El presente es un cuestionario cuyo propósito es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y como éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal, o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa ésta situación en el espacio blanco de esta página. Escriba que ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quienes estaban implicados, porque le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe si está mejor o peor escrito, mejor o peor organizado, solo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de 41 afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

- 0 = Para Nada
1 = Un poco
2 = Medianamente
3 = Mucho
4 = Totalmente

Asegúrese de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. **No hay respuestas correctas o incorrectas**; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema						
2	Me culpé a mi mismo						
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés						
4	Deseé que la situación nunca hubiese empezado						
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema						
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente						
7	No dejé que me afectara; evité pensar demasiado en ello						
8	Pasé algún tiempo solo						
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación						
10	Me di cuenta que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché						
11	Expresé mis emociones, lo que sentía						
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna forma terminase						
13	Hablé con una persona de confianza						
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.						
15	Traté de olvidar por completo el asunto						
16	Evité estar con gente						
17	Hice frente al problema						
18	Me critiqué por lo ocurrido						
19	Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir						
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación						
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano						
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían						
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más						
24	Oculté lo que pensaba y sentía						
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran						
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera						
27	Dejé desahogar mis emociones						
28	Deseé poder cambiar lo sucedido						
29	Pasé algún tiempo con mis amigos						
30	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo						
31	Me comporté como si nada hubiera pasado						
32	No dejé que nadie supiera como me sentía						
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería						
34	Fue un error mío así que tenía que asumir las consecuencias						
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron						
36	Me imaginé que las cosas podían ser diferentes						
37	Pedí consejo a un amigo o a un familiar que respeto						
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas						
39	Evité pensar o hacer nada						
40	Traté de ocultar mis sentimientos						
41	Me consideré capaz de afrontar la situación						